

## Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia

**Promoção do Contato Pele-a-Pele e Vínculo  
Afetivo: Significado para a Mulher.  
Desenvolvimento de Competências do EEESMO.**

**Davina Gabriela Casalinho Ferreira**

**2015**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





# **Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia**

## **Relatório de Estágio**

**Promoção do Contato Pele-a-Pele e Vínculo  
Afetivo: Significado para a Mulher.  
Desenvolvimento de Competências do EEESMO.**

**Davina Gabriela Casalinho Ferreira**

**Professora Orientadora:** Isabel Maria Guerra Gordinho de  
Rogado Serra

**Professora Co-orientadora:** Maria Helena Presado

**2015**



*“Batem juntos dois corações  
no mesmo ritmo da respiração, mãe e filho  
em permanente contacto dividem  
calor, carinho, conforto e segurança.”  
(Costa, 2003)*

## **AGRADECIMENTOS**

Este documento retrato o culminar de um percurso há muito por mim almejado e que sem o apoio dos seguintes intervenientes teria sido impossível.

A Deus pelo Seu grande amor, força e orientação.

Aos meus pais, Almerinda e Aquilino, e aos meus irmãos, Susana e Joel, um profundo agradecimento pelo apoio, incentivo e admiração pelo meu trabalho.

Às minhas Orientadoras, a Sr.<sup>a</sup> Professora Isabel Serra e a Sr.<sup>a</sup> Professora Helena Presado, pela disponibilidade, incentivo e competência demonstradas.

Um agradecimento especial às Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica pelo grande amizade, caloroso acolhimento, paciência e pela sábia partilha de conhecimentos.

À minha querida amiga e colega Vera Relvas o meu reconhecimento pelo companheirismo e amizade nesta jornada conjunta.

De um modo geral, a todos vós que em algum momento foram a minha fortaleza e revelaram a vossa amizade através do apoio incondicional que me proporcionaram nesta caminhada.

**O meu sincero,  
Obrigada**

## **LISTA DE SIGLAS/ABREVIATURAS**

ASMOG – Área de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica  
BSG – Boletim de Saúde da Grávida  
CPP – Contato pele-a-pele  
CPPP – Contato precoce pele-a-pele  
CPNP – Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade  
EC – Ensino Clínico  
EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Obstétrica  
EEESMOG – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Ginecológica;  
Enf.<sup>a</sup> – Enfermeira  
ESEL – Escalo Superior de Enfermagem de Lisboa  
GOUCER – Guia Orientador da Unidade Curricular Estágio com Relatório  
ICN – International Council of Nurses  
IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez  
IMC – International Confederation of Midwives  
MC – Método Canguru  
NR – Narrativa Reflexiva  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PE – Projeto de Estágio  
RCEEEESMOG – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica  
REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro  
RL – Revisão da Literatura  
RN – Recém-nascido  
SUOG – Serviço de Urgência de Obstetrícia/Ginecologia  
UC – Unidade de Competência  
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

## RESUMO

O ser humano, quando nasce, tem um “*período sensível*” que quando não atendido sob a forma de contato pele-a-pele, pode influenciar negativamente a adaptação extrauterina, trazendo repercussões psicofisiológicas futuras na criança (Moore et al., 2012). A oxitocina endógena, a hormona do amor, desperta sentimentos maternos assim que a puérpera toca, cheira e amamenta o recém-nascido. Esta ligação mãe-filho possibilita, o estabelecimento do vínculo afetivo e uma melhor compreensão das necessidades do bebê facilitando assim, o desempenho do papel materno (Uvnäs-Moberg, 1998; Lana, 2001; Puig & Sguassero, 2007).

Este documento é parte integrante do plano de estudos do Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e descreve o trajeto de aprendizagem realizado nos Serviços de Urgência de Obstetrícia/Ginecologia e Bloco de Partos de duas instituições de saúde díspares

Para a realização do presente relatório, optou-se pela metodologia qualitativa, descritiva e reflexiva das atividades previamente estruturadas a partir da Revisão da Literatura para o Ensino Clínico Estágio com Relatório. A revisão da literatura foi realizada na plataforma EBSCOHost (CINAHL Plus With Full Text e MEDLINE With Full Text, Cochrane e MedicLatina), tendo sido selecionados onze artigos que respondiam à seguinte questão norteadora: “*Quais as intervenções do EEESMO que promovem o contato precoce pele-a-pele e o vínculo afetivo entre a díade mãe-filho?*”.

Os resultados obtidos através da análise de narrativas reflexivas permitiram concluir que as intervenções do Enfermeiro Obstetra são propulsoras de mudanças no grupo alvo, a Mulher. Mesmo as progenitoras que desconheciam as diretrizes mundiais para a execução do contato pele-a-pele, quando devidamente informadas, demonstraram desejo em realizá-lo com os seus filhos logo após o nascimento e revelaram comportamentos compatíveis com o afeto materno.

**Palavras-chave:** Contato Pele-a-pele, Vínculo Afetivo, Nascimento, EEESMO

## ABSTRACT

At birth, the human being has a "*sensitive period*" that when the skin-to-skin contact is not respected it may reveal a negative influence in the extra-uterine adaptation, conveying psychophysiological repercussions in the child's future (Moore et al., 2012). The endogenous oxytocin, the love hormone, awakens motherly feelings as soon as she touches, smell's and nurses her new-born. This mother-child link enables the affective bonding and a better understanding of the baby's needs, thus facilitating the performance of the maternal role (Uvnäs-Moberg, 1998; Lana, 2001; Puig & Sguassero, 2007).

This document is part of the Master's Course in Midwifery from *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa* (ESEL) and describes the knowledge acquired during the training performed in two disparate institutions, in the following services: Emergency of Obstetric/Gynaecology and Maternity Unit.

In the accomplishment of this report, a qualitative descriptive and reflexive methodology was chosen for the activities previously structured in the Clinical Teaching with Internship Report. The literature review was performed on the EBSCOhost platform (CINAHL Plus with Full Text and Full Text With MEDLINE, Cochrane and MedicLatina) where eleven articles were selected to answer the following research question: "*What are the midwife's interventions that promote early skin-to-skin contact and bonding between the mother-child dyad?*".

The results found through the analysis of the reflexive narratives, lead to the conclusion that the midwife's interventions drives change in the target group, the Woman. Even the mothers, who were unaware of the implementing guidelines of skin-to-skin contact, when properly informed were willing to employ it with their children right after birth and exhibited matching behaviour's of motherly affection.

**Keywords:** Skin-to-skin Contact, Bonding/attachment, Birth/delivery, Midwife

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>13</b>
1.1. O Parto na Transição para a Maternidade.....	13
1.2. Vinculação Materna no Pós-parto.....	18
1.3. O Contato Precoce Pele-a-pele entre a díade mãe-filho.....	21
1.4. Contributo do Enfermeiro na promoção do Contato Pele-a-pele e Vínculo Afetivo entre mãe e filho.....	24
<b>2. METODOLOGIA DE TRABALHO .....</b>	<b>28</b>
2.1. Estratégia de Aplicação e de Reflexão da Temática no Ensino Clínico.....	34
<b>3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE APRENDIZAGEM .....</b>	<b>36</b>
3.1. Adquirir e Desenvolver Competências Técnicas, Científicas e Humanas na Prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados Pré-natais ou em Situação de Abortamento/Morte Fetal, à Mulher/Casal no Serviço de Urgência de Obstétrica/ Ginecológica.....	37
3.2. Adquirir e Desenvolver Competências Técnicas, Científicas e Humanas na Prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à Mulher/Casal/Família a Vivenciar Processos de Saúde/Doença Ginecológica no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica.....	40
3.3. Adquirir e Desenvolver Competências Técnicas, Científicas e Humanas na Prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à Mulher/Casal/Família Durante os Quatro Estádios do Trabalho de Parto, em Partos Eutócicos, Distócicos e com Patologia Associada...	42



<b>3.4. Adquirir e Desenvolver Competências Técnicas, Científicas e Humanas na Prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados ao Recém-nascido Saudável e de Risco.....</b>	<b>46</b>
<b>3.5. Adquirir e Desenvolver Competências Técnicas, Científicas e Humanas que me Permitam Informar, Apoiar e Capacitar a Grávida/Parturiente a Tomar uma Decisão Informada Quanto à Realização do Contato Pele-a-pele.....</b>	<b>48</b>
3.5.1. Olha, Encara, Examina as Características Físicas do Bebê e Assume Uma Posição Face-a-face Mantendo o Contato Visual.....	52
3.5.2. Sorri para o Bebê, Conversa, Sussurra ou Canta para o Bebê.....	53
3.5.3. Reconhece o Bebê como um Elemento da Família e Dá-lhe um Nome.....	53
3.5.4. Atribui Significado às Ações do Bebê e Interpreta com Sensibilidade as suas Necessidades.....	54
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>56</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>60</b>

## **ANEXOS/APÊNDICES**

**ANEXO I – Comportamentos dos Pais que Afetam o Processo de Vinculação com o Bebê**

**APÊNDICE I – Estratégia de Seleção dos Artigos**

**APÊNDICE II–Análise dos Artigos provenientes da Revisão da Literatura**

**APÊNDICE III – Guião Orientador- Narrativa Reflexiva**

## **ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS**

<b>Figura 1 – Um microssistema dentro do Modelo da Consecução do Papel Maternal .....</b>	<b>16</b>
<b>Quadro 1– Descrição das Componentes do Acrónimo PICO .....</b>	<b>29</b>
<b>Quadro 2– Protocolo de Atuação.....</b>	<b>30</b>
<b>Quadro 3 – Conclusões da Revisão da Literatura.....</b>	<b>31</b>

## INTRODUÇÃO

No âmbito do plano de estudos do 5.º Curso de Mestrado e Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da ESEL foi-me solicitado, como vertente avaliativa da unidade disciplinar Estágio com Relatório, um documento explanativo das atividades realizadas ao longo do Ensino Clínico (EC) Estágio com Relatório. A temática do presente relatório incidiu sobre a promoção do contato pele-a-pele (CPP) e vínculo afetivo entre a díade mãe e recém-nascido (RN) saudáveis.

De acordo com Fortin (2009), o processo investigativo inicia quando é escolhido um tema que é do interesse do investigador e que objetiva aumentar os seus conhecimentos dentro dessa área. Deste modo, a eleição desta temática, resulta da minha experiência como enfermeira num Serviço de Obstetrícia. As sucessivas reflexões que realizei ao longo dos últimos anos de trabalho, evidenciaram-me uma lacuna no que respeita à fácil aceitação por parte das progenitoras de realizarem o CPP com os seus filhos, ou até mesmo, de apenas os manterem junto delas. As alegações das puérperas são multifatorial, contudo a mais usualmente defendida é o facto de estarem a fomentar maus hábitos aos seus filhos, logo desde o nascimento, através do toque excessivo.

O CPP, também designado de Método Canguru (MC), foi originalmente desenvolvido em 1978, na cidade de Bogotá, na Colômbia, para suprir a superlotação das unidades neonatais no que concerne a cuidados a bebés prematuros e de baixo peso (Charpak et al., 2005). Desde então, passaram-se quase quatro décadas e o CPP tem sido assunto em destaque por diversos autores, devido aos ganhos em saúde a este método associados. Enumero alguns desses benefícios como a promoção quantitativa e qualitativa da amamentação, a estabilização das funções orgânicas do RN e o favorecimento do vínculo afetivo entre a díade que o realiza (Overfield et al., 2005; Mercer et al., 2007; Moore et al., 2012).

O conceito CPP é mais generalizado que MC, uma vez que engloba o cuidado ao RN de termo e saudável. A Organização Mundial de Saúde (OMS)

e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) recomendam a execução do CPP imediatamente após o nascimento e durante pelo menos uma hora em todos os partos vaginais e cirúrgicos, assim que a Mulher demonstre vontade e esteja em estado de alerta e responsivo (WHO & UNICEF, 2009). Mesmo à posteriori, este método deve ser realizado frequentemente e em qualquer altura entre um dos progenitores e o filho (Overfield et al., 2005; UNICEF, 2011). Passados estes anos, o CPP, independentemente de ser realizado imediatamente após o nascimento e/ou mais tardiamente numa Unidade Neonatal/Serviço de Obstetrícia, este método, ainda não é comumente aceite pelos profissionais de saúde ou pelos progenitores (Zwedberg, 2014).

A questão de investigação que orienta e serve como ponto de partida para a elaboração deste trabalho é a seguinte: *“Quais as intervenções do EEESMO que promovem o contato precoce pele-a-pele e o vínculo afetivo entre a díade mãe-filho?”*. Assim sendo, o intuito deste trabalho é entender como o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO) pode positivamente intervir e influenciar a Mulher/casal, a entender o contato (precoce) pele-a-pele como um cuidado essencial a ser realizado com o RN, e que proveito, podem afetivamente, retirar destes momentos. Os autores Matos et al. (2010) referindo-se ao contato precoce pele-a-pele (CPPP) defendem que o contato físico entre a díade mãe-filho é uma prática prioritária e que merece especial destaque na visão humanizada do nascimento, uma vez que permite uma adaptação gradual e agradável do RN à vida extrauterina, proporcionada pelo estabelecimento do vínculo inicial mãe-bebé.

O EC supramencionado decorreu ao longo de 18 semanas, tendo iniciado a 3 de março de 2015 e terminado a 10 de julho do mesmo ano. O EC foi composto por um total de 750 horas, sendo 500 horas de contato, 25 horas de orientação tutorial e as restantes horas de trabalho autónomo. As semanas de estágio foram repartidas por duas Unidades Hospitalares dissemelhantes no que respeita a sua localização geográfica. Iniciei o meu percurso num Hospital da Região da grande Lisboa a Vale do Tejo (campo de estágio I) e terminei o mesmo numa Instituição Hospitalar da Região do Sul do país (campo de estágio II) e decorreu nos Serviços de Bloco de Partos e Urgências de

Obstetrícia/Ginecologia.

De acordo com o Guia Orientador da Unidade Curricular Estágio com Relatório (GOUCER) do ano letivo 2014/2015, a finalidade major do estágio focou-se na aquisição por parte dos discentes de competências essenciais à *“prestação de cuidados especializados à mulher/RN/família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto, puerpério e período neonatal”*. Deste modo, este documento foi elaborado com uma metodologia descritiva e reflexiva de todo o meu processo de aprendizagem e de como foram mobilizadas, desenvolvidas e adquiridas as competências essenciais à prática da enfermagem especializada na área de saúde materna obstétrica e ginecológica (ASMOG).

Os objetivos a serem desenvolvidos neste EC foram previamente delineados num Projeto de Estágio (PE), contudo, aquando da elaboração e entrega do PE, ainda não era conhecedora dos campos de estágio onde iria exercer o EC e, como tal, as minhas linhas orientadoras foram as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia (EEESMOG), vigentes no Regulamento emitido pela Ordem dos Enfermeiros (2011a); as competências descritas pela International Confederation of Midwives (ICM); os objetivos descritos no GOUCER; e por último as minhas necessidades e interesses. Atendendo a reciprocidade que os EC proporcionam no que se refere a interação entre discentes e enfermeiros orientadores, no decorrer do EC, tentei adaptar os objetivos a que me propus, às necessidades encontradas nos serviços, de modo a dar um contributo positivo no que respeita a temática elegida.

O presente documento encontra-se dividido em quatro capítulos. No primeiro capítulo apresento o enquadramento teórico, onde exponho parte da teoria da *“Consecução do Papel Maternal”* da teórica Ramona Mercer. O segundo capítulo corresponde à fase metodológica a qual evidencia todo o percurso efetuado. Num terceiro capítulo, revelo de uma forma crítica, reflexiva e avaliativa as atividades e sucessivas competências de enfermagem da ASMOG desenvolvidas, justificando as mesmas com autores de pertinência e fazendo menção das dificuldades sentidas e estratégias adotadas; e por fim, num último capítulo, apresentarei as conclusões e implicações alicerçadas a todo o percurso realizado.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico caracteriza-se por dar conhecimento do estado de arte da temática em estudo. Fortin (2003, p.39) refere-se a esta etapa como *“um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma conceção clara e organizada do objeto em estudo”*.

O primeiro contato com o filho, provavelmente, é o momento mais esperado pela progenitora, à medida que o processo de gravidez está a chegar ao seu *terminus*. O EEESMO pode contribuir positiva ou negativamente para este momento através das educações para a saúde proporcionadas e dos cuidados prestados. Deste modo, pretende-se com este capítulo entender a problemática em questão, o contato pele-a-pele e o vínculo afetivo entre a díade mãe-filho, à luz de autores de referencia na área.

### 1.1. O Parto na Transição para a Maternidade

Ao longo da existência balizada do Ser Humano, ocorrem múltiplas mudanças no seu ciclo vital. Os momentos críticos que o Homem atravessa implicam uma passagem de um estágio da vida para um outro estágio substitutivo de desenvolvimento. A este fator circunstancial Cowan (1991) denomina de transição.

As transições são processos constantes e dinâmicos que originam um ponto de viragem, uma reorganização do espaço psicológico e que influenciam o comportamento. Deste modo, as transições são identificadas através dos resultados finais alcançados e observadas em noção da autoidentidade, da percepção que se tem do mundo e da regulação do afeto sentido. A adaptação à mudança implica a reestruturação de papéis e de competências pessoais e relacionais (Cowan, 1991; Borges, 2005).

O nascimento de um filho marca uma das transições mais importantes que ocorrem no ciclo vital dos progenitores e da família, principalmente em culturas ocidentalizadas (Relvas, 2004). Este acontecimento, embora de carácter espectável e normativo, pode deter uma natureza ambivalente. Por um

lado, ser uma fonte de *stress* que conduz à desorganização pessoal, conjugal e familiar devido às obrigações de dependência e necessidades inerentes ao novo ser; por outro lado, o nascimento de uma criança pode ser caracterizado por um momento de enorme satisfação e realização pessoal que vem atribuir um significado único à vida dos elementos da família que estão envolvidos no evento (Cowan & Cowan, 2000; Canavarro & Pedrosa, 2005).

De acordo com os autores Mercer et al. (1993), o tornar-se mãe ou pai é uma transição especialmente crítica, o grau de sucesso com que é realizada tem implicações tanto na vida dos progenitores como na saúde e desenvolvimento da própria criança. Esta situação aciona uma trajetória irreversível que acarreta modificações nas identidades, papéis e funções dos progenitores e família em geral (Colman & Colman, 1994; Relvas, 2004).

O enfoque na progenitora e deste modo na transição para a maternidade, altera a posição da Mulher dentro do seu próprio ciclo vital, o papel desta modifica-se de Mulher/filha para mãe, igualando-se assim, ao *status* da sua própria mãe. O processo de se tornar mãe tem implícito o posicionamento da Mulher no lugar de alguém que proverá cuidados a outra pessoa, que neste caso é seu próprio filho (Bradt, 1995; Stern, 1997).

O conceito maternidade está intrinsecamente relacionado com as representações socialmente aceites para o papel materno. De acordo Sampaio et al. (2008), a maternidade, a identidade de ser Mulher, é um constructo social que orienta as práticas e os afetos dos sujeitos sociais envolvidos. Assim sendo, o conceito de maternidade é definido de acordo com a civilização e os comportamentos maternos adotados e refletem as responsabilidades pertencentes ao papel de grávida/mãe consoante as expetativas concebidas pelos membros da família, amigos e sociedade (International Council of Nurses (ICN), 2011).

A transição para a maternidade exige um compromisso ativo que tem início com a decisão parental da conceção e que se prolonga até aos primeiros meses após o nascimento da criança. No decorrer deste período, os papéis são definidos e ocorre a adaptação parental (Lowdermilk & Perry, 2008). Os autores Brazelton e Cramer (2002) consideram a maternidade uma experiência carregada de sentimentos intensos e por vezes contraditórios em que a relação entre a mãe e o futuro filho se inicia durante a gestação e será a base para a

relação mãe-filho que se estabelecerá depois do nascimento e ao longo do crescimento da criança.

Numa retrospectiva histórico-sociológica, Badinter (1985) refere que a afetividade materna como a entendemos terá surgido nos finais do século XVIII, em que se opera uma espécie de *revolução das mentalidade* através da qual a imagem da mãe, do seu papel e comportamentos adotados sofreram uma modificação radical. A partir deste século, foram criadas as condições para que o amor materno passasse a assumir uma nova conotação, sendo-lhe atribuído um valor não só natural, mas também de cariz social, favorável à espécie e à sociedade.

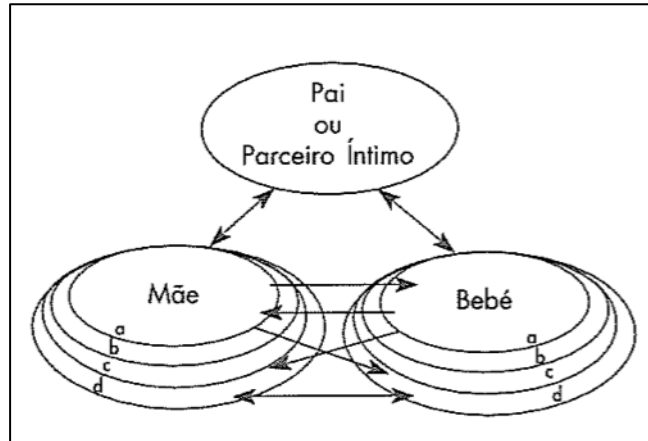
A teórica de enfermagem Ramona Mercer propôs uma teoria de médio alcance conhecida como “*Consecução do Papel Maternal*”. Neste pressuposto, Mercer considera quatro etapas dinâmicas e multifatoriais que determinam a adaptação à maternidade e que emergem de um microssistema resultante da interação entre o pai, a mãe e o bebé. As quatro fases são (Meighan, 2004):

- a) A **fase antecipatória**, que corresponde ao período gestacional que é caracterizado pela adaptação social e psicológica inerente ao estado gravídico. Esta transição provém do compromisso, da vinculação com o feto e da preparação para parto e sucessiva maternidade;
- b) A **fase formal**, que se inicia com o nascimento e é-lhe intrínseca a aprendizagem e desempenho do papel de mãe. Esta fase é assinalada pelo primeiro contato e início da vinculação afetiva com o novo ser, pelo restabelecimento físico da Mulher e, pela aprendizagem materna de como cuidar da criança através da mimetização e seguimento de comportamentos e orientações de especialistas, principalmente dos enfermeiros;
- c) A **fase informal**, que se inicia com o desenvolvimento materno de lidar naturalmente com o novo papel através da utilização do juízo crítico na escolha dos melhores cuidados a prestar ao filho;
- d) A **fase de Identidade Pessoal** é alcançada quando se verifica harmonia entre o papel e as expectativas maternas. A Mulher experiencia um sentimento de competência e autoconfiança no modo como desempenha a sua função como mãe. A passagem para este estágio



pode levar um a vários meses atendendo o contexto particular de cada Mulher/família.

Figura 1 - Um microssistema dentro do Modelo da Consecução do Papel Maternal



Fonte: Mercer, R. (1995). *Becoming a mother on Maternal Role Identify Sinde Rubin*. New York: Springer Publishing Company. In Meighan (2004). *Teóricas de Enfermagem e sua Obra: modelos e teorias de enfermagem*. (5.<sup>a</sup> ed.). Loures: Lusociência.

A consecução do papel maternal pode sofrer a influência de determinantes dispares como: idade, autoestima e autoconceito materno; percepção da experiência do nascimento; separação materno-infantil precoce por prematuridade e/ou doença; flexibilidade, postura e tensão de papéis na educação da criança; estado de saúde e sinais de ansiedade/depressão maternos; satisfação, alegria, recompensa/prazer que a mulher experimenta na interação com o seu filho e no cumprimento das acostumais tarefas intrínsecas à maternidade; a ligação na qual se forma um compromisso afetivo emocional perdurável; temperamento, estado de saúde e características da criança; funcionamento familiar; apoio social; e, por último, da relação mãe-pai (Graça, 2010; Meighan, 2004).

As fases da consecução do papel maternal sobrepõem-se e são alteradas à medida que o bebé vai crescendo e se desenvolvendo. O papel maternal é conseguido quando a mãe sente uma harmonia interna com o papel e as expetativas depositadas. A teórica Mercer descreve três elementos essenciais para o papel materno: ligação ao bebé; obtenção de competências

nos comportamentos de maternidade; e expressão da recompensa pelas interações materno-infantis. No que respeita à criança o efeito desta interação resulta em desenvolvimento cognitivo, ligação, saúde e competência social. O pai tem um papel importante dentro do microssistema uma vez que *“ajuda a difundir o desenvolvimento da tensão na díade mãe-bebé”* (Meighan, 2004).

O parto é um momento decisivo no processo de transição para a maternidade. De acordo com Kitzinger (1987), a experiência de parir é tão importante que, durante anos a Mulher recordará o momento vivenciado e os sentimentos envolvidos, aquando do nascimento do filho. De acordo com Peterson (1996), este acontecimento, além de ser um evento essencialmente feminino, está envolto em sentimentos ambivalentes como ansiedade, medo, excitação e expetativas. Tomeleri et al. (2007) referem que o parto é caracterizado por um processo psicossomático, em que o comportamento da mulher vai depender da sua história pessoal, personalidade, contexto socioeconómico e simbolismo.

O parto simboliza uma alteração repentina do estatuto da Mulher. A Mulher enquanto grávida entra em trabalho de parto e sai dele como mãe. Deste modo, o parto diferencia-se da gravidez, onde as modificações são graduais ao longo das semanas de gestação (Maldonado, 1997). O ato de parir, segundo Birksted-Breen (2000), consiste em morrer para renascer, pois a mulher não sairá a mesma da experiência.

A partir do segundo estágio do trabalho de parto, é a altura em que todas as mães e filhos se encontram face-a-face. Este momento marca o confronto entre as expetativas idealizadas pela gestante em relação ao filho e a si própria como mãe com a possibilidade de as concretizar (Donelli, 2003). Durante a gravidez, a Mulher precisa de imaginar o feto para que, na hora do parto não se encontre com um ser que lhe é completamente estranho (Brazelton & Cramer, 2002). Existe a conceção de um bebé imaginário que é fantasiado e repleto de sentimentos e impressões que culminam, aquando do parto, com o contato com o bebé real. Desta forma, os idealismos da gravidez referentes aquele novo ser são transformados de acordo com as características reais e a relação precoce estabelecida entre mãe e filho (Lebovici, 1987).

O entendimento materno do bebé imaginário tem como base os próprios desejos e necessidades narcisistas, bem como as características

comportamentais e reacionais transmitidas pelo feto (Brazelton e Cramer, 2002). O período peri e pós-natal, no contato da mãe com o filho recém-nascido, é importante que a Mulher consiga elaborar o distanciamento do bebê imaginário e invista precocemente na relação com o bebê real (Lebovici, 1987; Brazelton e Cramer, 2002).

O ato de parir consiste na separação física entre mãe e filho e é o início da aprendizagem de como estes dois seres se devem relacionar a partir daí (Szejer & Stewart, 1997). As partilhas, até então feitas pela placenta e pelas sensações cenestésicas devem ser transformadas em toques, palavras e olhares. Este investimento inicial por norma, ocorre naturalmente, ou seja, existe um gradual vínculo com o bebê real e um desinvestimento do bebê imaginado (Brazelton & Cramer, 2004). Embora a elaboração deste processo ocorra a partir do nascimento e se prolongue ao longo dos primeiros meses de vida, pode ser facilitado ou dificultado atendendo a saúde da criança, o contato e a interação mãe-filho após o nascimento, e as condições gestacionais e de parto (Brazelton et al., 1987).

## **1.2. Vinculação Materna no Pós-parto**

A criação de um elo afetivo entre mãe e filho é caracterizado por ser um processo crescente que inicia aquando da concepção. Esta ligação é fortalecida pela experiências que envolvem gravidez e amadurece através do contato mãe-filho durante o período neonatal (Burroughs, 1995).

Quando nasce, o RN tem a mãe como um prolongamento de si mesmo. O momento do nascimento é assinalado por um tumulto de sentimentos e mudanças em que a vinculação perinatal é influenciada pelo trabalho de parto, pelo primeiro contato com o bebê real que se vê, toca e ouve. Quanto menos traumático for este momento, mais facilitada está a ligação mãe-filho (Bowlby, 1990; Sá, 2004).

A existência de um vínculo amoroso é um fator determinante para a sobrevivência na infância. Os bebês para que se tornem adultos saudáveis necessitam de receber um amor incondicional. A criança desenvolve a personalidade através do contato e interação com os diferentes agentes de

socialização que a rodeiam, sendo na família onde possivelmente, este ser, encontra o(s) primeiro(s) dos agentes (Lowen, 1990).

De acordo com Klaus e Kennell (2000), os recém-nascidos revelam uma capacidade notável para responder a interações logo a partir dos primeiros minutos que sucedem o nascimento, estes seres são capazes de realizar diferenciações importantes como o de fixar o olhar e reconhecer a voz dos progenitores. Os bebês gostam do conforto e promovem-no através do moldar do corpo deles ao dos pais. A esta resposta inata Bowlby (1984, p.283), refere que *“ao nascer, um bebê está equipado com um certo número de sistemas comportamentais prontos para serem ativados por estímulos e poderão ser, então, fortalecidos ou enfraquecidos”*.

O conceito vinculação é definido por Schmitz e Argimon (2009, p.211) como *“uma conceção teórica do desenvolvimento sócio-emocional que considera a existência de uma necessidade humana inata para formar laços afetivos íntimos com pessoas significativas”*.

Destarte Lowdermilk & Perry (2008, p.522), definiram este fenómeno como um *“processo através do qual um pai/mãe começam a amar e a aceitar um filho e este começa a amar e a aceitar um pai/mãe”*. Deste modo, o termo vinculação tem vindo a tornar-se mais abrangente para incluir a *mutualidade*, ou seja, os comportamentos e características da criança que em resposta determinam um conjunto de comportamentos e características dos progenitores (Lowdermilk & Perry, 2008).

Freud foi uma das primeiras personalidades a estudar o estabelecimento das relações humanas iniciais. Este autor, descreve que o bebê possui necessidades fisiológicas, tais como a necessidade de alimento e de conforto, as quais, por conseguinte, são satisfeitas principalmente pela figura materna (Oliveira & Cunha, 2007). A Mulher enquanto mãe, possui a capacidade de atentamente se dedicar aos seus filhos quando estes apelam por esse cuidado. O suprimimento das necessidades de alimentação, higiene, carinho ou o simples contato físico geram as condições necessárias para que se manifeste o sentimento de unidade entre mãe e filho (Winnicott, 2005).

John Bowlby, enfatizou as suas pesquisas nas primeiras relações para o desenvolvimento da criança através da teoria do apego/vinculação entre a díade mãe-filho. Bowlby distanciou-se do ponto de vista de Freud ao discordar

que a satisfação das necessidades fisiológicas básicas e dos impulsos como a base para o desenvolvimento sustentável da criança. As principais disparidades entre estes dois autores incidem nos seguintes fatores: para Freud a vinculação da criança era um fator secundário atendendo às recompensas orais e libidinas enquanto que para Bowlby, a vinculação era o fator primário; Freud acreditava no narcisismo infantil, o qual não permitia o contato com os estímulos provenientes do mundo externo, e Bowlby defendia que o indivíduo desde o nascimento tem um comprometimento com o mundo externo; e por último, para Freud o comportamento da criança resulta de uma conduta internamente impulsionada e para Bowlby esse comportamento pulsional é ativado tanto por fatores internos como por fatores externos (Oliveira & Cunha, 2007).

A criança possui um potencial inato de adaptação à vida extrauterina o qual é manifestado através de comportamentos como o de chorar, gritar, de fazer expressões faciais, ou até mesmo, o de seguir com os olhos, contudo estes sistemas comportamentais resultam num ambiente específico de adaptabilidade e em especial, é determinada pela qualidade da interação entre a mãe e o filho (Oliveira & Cunha, 2007; Finigan & Long, 2014). Deste modo, o vínculo entre a criança e a progenitora resulta da atividade de um certo número de comportamentos que se manifestam como resultado a proximidade previsível da mãe. Bowlby refere-se à vinculação como uma necessidade primária e vital como a água, o alimento ou o sono. Um bebé que se sente protegido terá muito mais hipóteses de ser um adulto seguro de si e capaz de amar e de se sentir amado (Bowlby, 1984).

A formação do vínculo afetivo entre a díade mãe-filho pode ser estabelecido de uma forma única e duradoura se for facilitada a presença do bebé com a puérpera no momento imediato ao parto (Klaus e Kennel, 2000). Robson e Moss (1970), citados por Figueiredo (2003), privilegiando o amor materno e a posição que o filho conquista na vida de uma mãe, estão de acordo com os autores anteriormente mencionados quando referem que os primeiros momentos e os contatos iniciais entre a díade mãe-filho são críticos para a qualidade futura dos cuidados maternos e subsequente bem-estar da criança.

Os primeiros minutos de vida do RN formam como um “*período sensível*”, curto e crucial que jamais será repetido. Este período representa uma forte influência na formação do vínculo afetivo mãe-filho, sendo considerado o “*protótipo de todas as formas de amor*” (Odent, 2000, p.125). O toque é a forma mais básica de transmitir segurança e amor e deve ser incitado desde os primeiros minutos de vida do RN e respeitado sob a forma de CPP (Lamaze, 2003).

O CPP estabelecido entre a mãe e o bebê e o apuramento dos restantes sentidos como a audição, o olfato, a visão e o paladar permitirão que a criança reconheça e organize o vínculo iniciado no período pré-natal. Esta aprendizagem inicial serão os alicerces para a construção da identidade da criança (wilheim, 2003).

### **1.3. O Contato Precoce Pele-a-pele entre a díade mãe-filho**

A natureza preparou a Mulher e o RN para precisarem um do outro desde momento do nascimento. Os mecanismos biofisiológicos destes dois seres completam-se de uma forma única quando é proporcionado o contato físico precoce.

Ao longo dos séculos de história, mães e filhos partilhavam de alojamento conjunto após o parto, contudo a partir do século XX com a hospitalização do parto, rotineiramente, começou-se a separar a mãe e filho logo após o nascimento (Moore, et al., 2012; Gómez, 2013). A mulher enquanto puérpera era encaminhada para uma enfermaria e o RN para o berçário. Os tempos de proximidade proporcionados a esta díade eram curtos, resumindo-se por vezes, aos períodos estipulados para a amamentação. A existência desta prática era fundamentada nas crenças médicas de que os recém-nascidos estariam mais seguros, e que as mães descansariam mais se os bebês estivessem afastados delas. Nos finais deste mesmo século pesquisas demonstraram que o melhor para a Mulher e respetivo RN era permanecerem juntos desde o nascimento em alojamento conjunto (Lamaze, 2003; Crenshaw, 2007).

Após o parto, tanto a mãe como o filho, estão impregnados de hormonas que biologicamente promovem a mútua necessidade de estarem juntos,

propiciando assim, este momento em detrimento de outros, como o ideal para o início da interação mãe-filho (Uvnäs-Moberg, 1998; Gordon et al., 2010; Henderson et al., 2011).

Aquando do parto, os níveis hormonais de oxitocina e prolactina aumentam abruptamente e facilitam a passagem natural da mulher, até então grávida a puérpera. A oxitocina endógena, também conhecida pela hormona do amor, além de promover o reflexo de Ferguson e a formação do globo de segurança de Pinard é também responsável pelo aumento da temperatura do corpo materno, nomeadamente do peito, de estimular ações maternas imediatas como o toque, o olhar, a vocalização e a amamentação precoce do RN e de reduzir os níveis hormonais de cortisol (Uvnäs-Moberg, 1998). Gordon et al., (2010) e Henderson et al., (2011) acrescentam ainda que, a oxitocina promove sentimentos de satisfação e de segurança que vão influenciar a qualidade do vínculo afetivo estabelecido entre a puérpera e o RN.

O RN nas primeiras horas após o nascimento está numa fase de alerta provocada por uma descarga de noradrenalina resultante do parto, que facilita o reconhecimento precoce do odor materno para estabelecer o vínculo e a adaptação ao ambiente extrauterino (OMS, 2004 citado por Gómez, 2013).

Deste modo, é recomendado que o RN saudável seja colocado despido, ou apenas de fralda e gorro e em decúbito ventral sobre o tórax de um dos progenitores, cobrindo ambos com uma flanela (Puig & Sguassero, 2007). Este contato, denominado contato pele-a-pele ou método canguru deve ser uma prática prioritária e merecedora de especial destaque na humanização do parto, uma vez que facilita o processo transicional para a maternidade e vida extrauterina (Matos et al., 2010). De acordo com Franco et al., (2013) o CPPP deve ser estabelecido imediatamente após o parto em todos os nascimentos saudáveis de forma contínua e prolongada, pois este momento propicia o estabelecimento inicial da ligação afetiva mãe-bebé.

Semelhantemente a outras raças de mamíferos o bebé humano, tem um chamado *habitat natural* que lhe proporciona conforto. Este lugar, na nossa espécie é com e sobre a mãe (Moore et al., 2012). O autor Mikiel-Kostyra (2002), corrobora com esta opinião quando afirma que colocar o RN nu sobre a mãe é a melhor forma deste se adaptar à vida extrauterina. Quando um ser vivo recém-nascido é privado desse contato, desenvolve comportamentos de

inadaptação, torna-se letárgico, chora e desenvolve tremores (Newman, 2008). Lamaze refere (2003, p.2),

*“ muitos investigadores que estudaram o comportamento animal, acreditam que, tal como os animais, os bebés humanos que são separados das mães após o parto, choram significativamente mais para libertar o stress, precisam fisicamente de aquecimento, proteção, e ao serem colocados a mamar conseguem tudo isso nos braços da mãe.”*

A UNICEF (2013), de acordo com os *“Dez Passos para o Sucesso no Aleitamento Materno”*, evidencia a prática do CPPP no quarto passo, referindo que deve-se *“colocar os bebés em contato pele-a-pele com as suas mães imediatamente após o parto durante pelo menos uma hora e encorajar as mães a reconhecerem quando os seus bebés estão prontos para mamar oferecendo ajuda se necessário”*. Ainda baseado nas diretrizes da OMS, é igualmente recomendado que esta prática seja encorajada e continuada durante o internamento e até aos dois a três meses de vida da criança entre a díade mãe-filho (WHO, 1998).

A Ordem dos enfermeiros (2013) atendendo à urgência de mudança de paradigma nesta área em Portugal, arquitetou o *Projeto Maternidade com Qualidade*, o qual corrobora com as indicações da OMS e da UNICEF quando possui como um dos indicadores o de *“realizar precocemente contato pele-a-pele, entre mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto”*.

Embora a realização do CPP esteja intimamente ligado à prática e sucesso do aleitamento materno, muitos outros benefícios podem ser correlacionados ao CPP. Os autores Moore et al. (2012) referem que, nos dias que se sucedem ao nascimento do bebé, quanto mais regularmente e quanto mais tempo for promovido o CPP, maiores serão os benefícios inerentes a esta prática para a díade mãe-filho.

O CPP influencia alguns dos parâmetros vitais do RN. Os bebés que estão frios, incluindo prematuros, enquanto estão despidos e de prono sobre a progenitora tendem mais rapidamente à normotermia. O CPPP expõe o RN a bactérias normais da pele da mãe que reforçam a imunidade e o protegem de possíveis estados de doença. A ligação afetiva fomentada por este



procedimento acalma tanto a mãe como o filho que entram numa sintonia única o que coadjuva na estabilização sanguínea, glicémica, da frequência cardíaca e respiratória da criança (Almeida & Martins, 2004; Franco et al., 2014)

Comparativamente com as mulheres que são separadas dos seus filhos, o CPP capacita as mulheres a interpretarem mais facilmente as necessidades dos filhos o que lhes gera uma maior confiança, enquanto prestadoras de cuidados (Crenshaw, 2007; Bystrova, et al., 2009; Aghdas, et al., 2014). Os autores Bystrova et al., (2009) constataram que, um ano após o nascimento das crianças, as díades mãe-filho que realizaram CPPP comparativamente com as que não realizaram apresentam uma maior interação materno-infantil.

Os autores Mercer et al. (1983) referem que as mulheres que tiveram contato precoce com o seu filho após o nascimento, além de terem parido uma criança saudável, demonstram impressões mais positivas da experiência do parto. O contato precoce e interação com o filho é apontado pelas progenitoras como a segunda variável mais importante da experiência do parto, sendo a primeira variável mencionada o apoio emocional prestado pelo companheiro (Mercer et al., 1983).

#### **1.4. Contributo do Enfermeiro na promoção do Contato Pele-a-pele e Vínculo Afetivo entre mãe e filho**

O modo como as Instituições de Saúde foram planeadas visa suprir as necessidades dos profissionais de saúde e não as das parturientes e respetivas famílias. A autonomia e postura das mulheres relativamente ao parto foram secundarizados e a tomada das decisões é realizada pelos profissionais de saúde. Os pais e as mães sentem-se cada vez mais incapazes e despreparados para o parto, o que é reforçado pelas atitudes dos profissionais da área de obstetrícia que se apropriam do protagonismo do parto. Os profissionais tiram à parturiente a confiança na sua capacidade de parir e ao homem o direito de participar no nascimento do filho (Tomeleri et al., 2007).

O contato que o enfermeiro estabelece com os progenitores deve processar-se de uma forma positiva, no qual este profissional deve promover a autoestima da Mulher/casal, respeitar as crenças culturais da família, impelir à

interação com o filho, incentivar à expressão das expectativas e dificuldades sentidas e estar motivado para agir com competência (Mercer, 1986). Peterson (1996) corrobora com Mercer quando refere que a forma como a mulher vivencia as etapas do trabalho de parto, repercute-se na sua autoestima e na disponibilidade afetiva que esta apresenta para com o seu filho, imediatamente após o nascimento.

Atendendo a humanização do nascimento e especialmente o estabelecimento qualitativo do primeiro contato entre a díade mãe-filho, a Enfermagem ainda tem um longo caminho a percorrer. O CPPP, como já foi descrito, tem associado à sua prática uma série de benefícios comprovados, contudo observa-se alguma relutância nas maternidades em realizarem o CPPP arguindo infundadamente, o risco de hipotermia, o aumento da carga de trabalho do enfermeiro e ideias culturalmente estereotipadas (Santos, 2011; Figinan & Long, 2014).

A falta de conhecimento dos profissionais e a renitência à mudança, mesmo que seja para melhor, são das principais barreiras identificadas à execução do CPPP. As rotinas do pós parto como a de levar o RN para uma bancada onde é limpo e seco, aspirado, pesado, vestido e administrado a medicação, não permitem o tempo para estabelecer o CPP (Puig & Sguassero, 2007). Assim sendo, toda a equipa de enfermagem deve ter formação sobre a aplicação técnica do CPP e dos benefícios associados (Stevens et al., 2014; Haxton et al., 2012; Bramson et al., 2010; Dabrowski, 2007).

A equipa de enfermagem deve oferecer uma opção informada e individualizada à mulher ainda grávida, sobre os aspetos do CPP, nomeadamente no que consiste e benefícios associados, de forma a sensibiliza-la para a importância desta prática (Dabrowski, 2007; Anderzén-Carlsson et al., 2014; Kenyon-Berry & Seymour, 2015)

Relembro a diretriz da Ordem dos Enfermeiros que adverte que este toque inicial deve ser realizado “... em todos os nascimentos saudáveis e imediatamente após os mesmos, de forma contínua e prolongada, pois é nos momentos iniciais após o nascimento que se estabelece gradualmente a ligação afetiva mãe-bebé” e ainda “...colocar o bebé em contato pele-a-pele com as suas mães imediatamente após o parto durante pelo menos uma hora (...)” (Franco et al., 2013).

Deste modo, e atendendo ao conceitos suprarreferidos, *imediato*, *contínuo* e *prolongado*, a prestação dos cuidados imediatos ao RN não deve interferir no primeiro contato dos pais com o filho. Em algumas instituições o RN é colocado no peito materno apenas por alguns minutos, no momento imediato ao parto e depois é retirado, o que não permite a privacidade, as condições físicas e o toque exploratório da mãe sobre o seu filho e por consequência o usufruir da plenitude dos benefícios associados a esta prática.

Os cuidados prestados ao RN imediatamente após o parto são essenciais para a adaptação do bebê diminuindo a mortalidade/morbilidade neonatal (Cruz, et al., 2007), contudo esses mesmos cuidados devem ser adiados, sempre que possível, para o final do CPP entre a díade mãe-filho de modo a não interferir e descontinuar este momento (Puig e Sguassero, 2007; Newman, 2008). O protelamento dos cuidados facilita o RN a seguir os nove comportamentos instintivos naturais que são: o choro no nascimento; o relaxamento; o despertar; a atividade; o *crawling*; o descansar; a familiarização; a amamentação; e por fim, o dormir (Widstrom et al., 2011, citado por Stevens, et al., 2014).

Cruz et al. (2007) realizaram um estudo descritivo de abordagem qualitativa que visou analisar como as intervenções dos profissionais de saúde em relação à prestação dos cuidados imediatos ao RN e como estes mesmos cuidados, poderiam influenciar a aproximação precoce entre os progenitores e o bebê. As mães referiram que os cuidados imediatos quando realizados fora do seu campo visual, provocavam medo e sensação de separação. Deste modo, as autoras concluíram que a execução dos cuidados imediatos ao RN interferem negativamente no contato inicial e no desenvolvimento do vínculo afetivo, o que orientava os pais a coagir com a forma como os profissionais de saúde querem conduzir este momento.

A aplicabilidade e sucesso da promoção do CPP é da competência do enfermeiro. Existe uma relação recíproca entre os enfermeiros e os contextos de mudança, os enfermeiros promovem mudanças no meio e este, por sua vez exige que o enfermeiro desenvolva as competências necessárias à sua prática (Serrano, et al., 2011). O enfermeiro pode estimular/facilitar o contato precoce, adiando os cuidados de rotina e do suporte profissional, ou então, remete-se ao desrespeito pelos mecanismos fisiológicos do RN (Cruz, et al., 2007).

A ausência de privacidade entre a díade mãe filho é outro fator identificado por Klaus e Kennell (1993) que dificulta estabelecimento do vínculo afetivo após o parto. Estes autores recomendam que o núcleo familiar deve permanecer pelo menos quinze a vinte minutos a sós, após a dequitação e a episiorrafia. Klaus e Kennell (2000), referindo-se a relatos dos pais e mães, identificaram sentimentos amorosos da parte dos progenitores para com os filhos os quais iniciaram depois de terem permanecido juntos de forma tranquila e reservada. Ainda segundo os mesmos autores (2000, p.90) “*é difícil apaixonar-se por seu bebê dentro de um quarto cheio de pessoas*”.

Klaus e Kennell (1993) fazem menção ao toque exploratório como uma parte integrante do CPPP entre mãe e filho isto porque, após o nascimento, o bebê encontra-se numa fase de atividade, que dura cerca de quarenta minutos e em que se devem evitar os procedimentos de rotina. Nesta fase deve ser realizado o CPP para reconhecimento das partes, o que origina uma exploração do corpo materno pelo RN (Cruz, et al., 2007). Salienta-se o papel da amamentação nesta fase, o contato *íntimo, contínuo e prolongado* repercute-se nos estreitos laços em formação entre mãe e filho. É nesta ligação efetiva entre esta díade que a compreensão das necessidades do bebê surge, facilitando assim o desempenho do papel materno e a transição progressiva do RN para a vida extrauterina (Lana, 2001).

Rosa et al. (2010) elucida-nos para a necessidade de ser efetivada a amamentação na primeira meia hora após o parto. A equipa de enfermagem tem uma posição de primazia no estímulo precoce do CPP e amamentação uma vez que, atuam no cuidado direto à parturiente, podendo desta forma, serem agentes facilitadores ou dificultadores destas práticas (Rosa et al., 2010).

Relembro que mãe e filho encontram-se na *Fase Formal* da teoria da *Consecução do Papel Maternal* a qual é caracterizada pelo conhecimento e vinculação com a criança, aprender a cuidá-la, copiando o comportamento de especialistas e seguindo as suas orientações. Nesta fase os cuidados de enfermagem são particularmente importantes na ajuda às progenitoras. As dúvidas, as incertezas e os sentimentos de incapacidade impelem os progenitores a pedir ajuda e conselhos externos, que na transição para a parentalidade são considerados esperados (Mercer, 1986; Meighan, 2004).

## 2. METODOLOGIA DE TRABALHO

A Enfermagem, como toda a disciplina, necessita da renovação contínua do seu próprio corpo de conhecimentos. Esta inovação dos conceitos científicos é assegurada pela sistemática Investigação. O enfermeiro deve manter o rigor técnico e científico na implementação dos seus cuidados o qual resulta, de uma atualização contínua dos seus conhecimentos e assim contribuir para o aperfeiçoamento sistemático das suas competências (Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro; Ordem dos Enfermeiros, 2012).

De acordo com Fortin (2009, p.131), a fase metodológica é *“a espinha dorsal sobre a qual virão a enxertar-se os resultados da investigação”*. Esta fase pressupõe uma interação entre a teoria e a prática, entre a pesquisa bibliográfica efetuada e as situações reais. Assim, o plano de trabalho não constitui uma mera representação do futuro ou de uma ideia; é o futuro a concretizar uma possibilidade passível de ser transformada em realidade, uma ideia a transformar-se em ato. Para que tal possa acontecer é necessário que o problema em estudo seja concreto, esteja relacionado com experiências ou necessidades pessoais, seja exequível, articulando os vários saberes, de modo a facultar novos conhecimentos e novas competências a nível científico, técnico, humano, cultural e ético (Nunes, 2013).

Este relatório de estágio é orientado através da metodologia da Revisão da Literatura (RL) que, de acordo com Galvão et al. (2004, p.549) corresponde a uma *“forma de síntese importante baseada em evidências, que consiste em uma forma de síntese dos resultados de pesquisa relacionados com um problema específico”*. A RL tem vantagens uma vez que, proporciona a atualização dos profissionais de saúde, sintetiza um amplo corpo de conhecimentos, auxilia na explicação das diferenças entre estudos com a mesma questão, identifica os efeitos benéficos e nocivos de diferentes intervenções da prática assistencial, bem como as áreas que apresentam lacunas do conhecimento e que necessitam de mais evidência através de pesquisas futuras (Moloney & Maggs, 1999; Galvão et al., 2004).

Como meio norteador da RL, é formulada a seguinte questão de investigação: *“Quais as intervenções do EEESMO que promovem o contato*

*precoce pele-a-pele e o vínculo afetivo entre a díade mãe-filho?*”. Fortin (2009, p.53) refere que,

*“ uma questão de investigação é uma interrogação precisa, escrita no presente e que inclui o ou os conceitos em estudo. Ela indica claramente a direção que se pretende tomar, quer seja descrever conceitos ou fenómenos, como nos estudos descritivos, quer seja explorar relações entre os conceitos, como nos estudos descritivos-correlacionais.”*

A linha orientadora para a construção da questão de investigação e para identificação dos conceitos exploratórios é o método de PICo: *Population, the phenomena of Interest, and the Context* (The Joanna Briggs Institute, 2014, p.22). O acrónimo PICo, trata-se de uma metodologia qualitativa que permite compreender e interpretar a experiência subjetiva num determinado contexto, dando voz aqueles que foram os seus protagonistas (Streubert e Carpenter, 2002). Fortin (2003, p.22), refere que *“o investigador que utiliza o método de investigação qualitativa (...) observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem procurar controlá-los”*. Assim sendo, com esta questão guia não se deseja alcançar *verdades universais*, até porque cada ser humano é único, pretende-se sim compreender quais as intervenções de enfermagem que contribuem para a realização do CPP e sucessiva promoção do vínculo afetivo entre a díade mãe-filho, considerando os comportamentos das progenitoras para com os filhos. Os conceitos do acrónimo PICo encontram-se sintetizados abaixo no Quadro 1:

#### **Quadro 1 - Descrição das Componentes do Acrónimo PICo**

<b>Acrónimo</b>	<b>Descrição das componentes</b>
<b>P (População)</b>	Parturiente/Recém-nascido Saudáveis
<b>I (Fenómeno de Interesse)</b>	Intervenções do EESMO
<b>Co (Contexto)</b>	Hospitalar

Para rever a melhor evidência científica, foi elaborado no Quadro 2 um protocolo de atuação onde se encontram definidas as palavras-chave, a estratégia de busca, as bases de dados e o horizonte temporal.

## Quadro 2 - Protocolo de Atuação

Questão PICO	Quais as intervenções do EEESMO que promovem o contato precoce pele-a-pele e o vínculo afetivo entre a díade mãe-filho?	Palavras-chave	<ul style="list-style-type: none"><li>– Contato pele-a-pele (Skin-to-skin contact/ Kangaroo care);</li><li>– Vínculo Afetivo (Bonding/ Attachment/ Mother-infant relations);</li><li>– Nascimento (Birth/ Childbirth/Delivery)</li><li>– EEESMO (midwi*/nurs*)</li></ul>	
		Estratégia de busca	Critérios de inclusão	<ul style="list-style-type: none"><li>– Texto completo disponível;</li><li>– Artigos em Língua Portuguesa, Inglesa ou Castelhana;</li></ul>
			Critérios de exclusão	<ul style="list-style-type: none"><li>– Artigos não disponíveis em “full text” para consulta;</li><li>– Duplicação de artigos;</li><li>– Fora do âmbito da temática;</li></ul>
			Horizonte temporal	<ul style="list-style-type: none"><li>– 2007 – 2015</li></ul>
		Bases de dados	<ul style="list-style-type: none"><li>– Plataforma EBSCOHost (CINAHL Plus With Full Text e MEDLINE With Full Text, Cochrane e MedicLatina)</li></ul>	

Após aplicado o protocolo de atuação e leitura integral dos textos de quarente e cinco artigos, restaram onze que dão resposta à questão de investigação (APÊNDICE I). A seleção dos artigos foi temporalmente balizada entre o ano de 2007 e o dia 18 de Novembro de 2015, dia em que foi realizada a última RL. Embora a temática tenha sido mais desenvolvida nos últimos 5 anos, existem artigos pertinentes que datam o ano de 2007, daí a definição do horizonte temporal a partir deste ano.

De acordo com Ciliska et al. (2001) o enfermeiro após a análise da RL precisa de avaliar criticamente os resultados evidenciados e que são passíveis de serem incorporados na sua prática clínica, considerando sempre, os recursos humanos e financeiros necessários à sua implementação e se estes cuidados estão de acordo com as preferências dos utentes e familiares. Assim sendo, os onze textos foram analisados e por conseguinte, extraída a informação relativa às intervenções de enfermagem que promoviam o CPPP e sucessivo vínculo afetivo entre a díade mãe-filho para que, deste modo, o desenvolvimento da temática e o planeamento das atividades para o EC pudessem ser o mais assertivo possíveis, atendendo às conclusões prévias dos autores (APÊNDICE II).

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro

Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (RCEEEESMOG), da Ordem dos Enfermeiros (2011a), no descritivo da competência H3, refere que este profissional *“cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina”* e no descritivo da competência H4, refere que o mesmo profissional *“cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade”*. Atendendo estas competências e os respetivos critérios de avaliação que se focam no apoio e desenvolvimento da temática e as conclusões alcançadas nos artigos da RL, traçaram-se dois objetivos específicos e foram delineadas as respetivas atividades que são corroboradas com o(s) autor(es) e ano de publicação dos artigos selecionados (Quadro 3):

**Quadro 3 - Conclusões da Revisão da Literatura**

<b>Objetivo Especifico 1</b> Desenvolver em colaboração com a(s) equipa(s) de enfermagem medidas que promovam a tomada de decisão autónoma e informada da parturiente no que respeita a realização do CPPP.	
<b>Atividades (Ati.)</b>	<b>Revisão da Literatura Autor(es)/ Ano</b>
1. Reconhecimento das dificuldades/limitações sentidas pela(s) equipa(s) de enfermagem na promoção do CPPP;	Dabrowski, 2007; Finigan & Long, 2014; Kenyon-Berry & Seymour, 2015;
2. Realização de sessões de formação em serviço dirigidas à equipa multidisciplinar sobre a importância do CPPP e como este método deve ser realizado;	Dabrowski, 2007; Bramson et al., 2010; Haxton et al., 2012; Stevens et al., 2014;
3. Divulgação aos elementos da(s) equipa(s) de enfermagem do indicador de evidencia do Projeto Maternidade com Qualidade da Ordem dos Enfermeiros e dos objetivos do Estágio com Relatório de acordo com a evidência científica analisada;	Haxton et al., 2012; Stevens et al., 2014;
4. Desenvolvimento de estratégias em conjunto com os elementos da(s) equipa(s) de enfermagem, para que se promova o CPPP na unidade de saúde;	Dabrowski, 2007; Stevens et al., 2014; Kenyon-Berry & Seymour, 2015;



5. Concepção de um poster/material visual e informativo que vise sensibilizar as grávidas para a realização do CPPP;	Dabrowski, 2007; Haxton et al., 2012;Finigan & Long, 2014;
6. Protocolo do registo do CPPP no bloco de partos.	Bystrova et al., 2009; Kenyon-Berry & Seymour, 2015.
<p align="center"><b>Objetivo Especifico 2</b></p> <p align="center">Prestar cuidados de enfermagem especializados relativamente à realização do CPPP no terceiro e quarto estágio do trabalho de parto.</p>	
<b>Atividades (Ati.)</b>	<b>Revisão da Literatura Autor(es)/ Ano</b>
7. Explicação às parturientes da importância do CPPP e da forma como deve ser realizado;	Dabrowski, 2007; Bystrova et al., 2009; Bramson et al., 2010; Haxton et al., 2012; Anderzén-Carlsson et al., 2014; Stevens et al., 2014; Finigan & Long, 2014; Kenyon-Berry & Seymour, 2015;
8. Reconhecimento se as parturientes identificam o CPPP como um procedimento essencial ao processo de vinculação;	Stevens et al., 2014; Aghdas et al., 2014;
9. Promoção e observação da realização do CPPP entre a díade mãe-filho em geral e mais especificamente no que confere os comportamentos de vinculação;	Dabrowski, 2007; Crenshaw, 2007; Bramson et al., 2010; Haxton et al., 2012; Moore et al, 2012; Anderzén-Carlsson et al., 2014; Stevens et al., 2014;
10. Protelamento dos procedimentos realizados ao RN aquando do nascimento e que atrasam/interrompem o CPPP;	Crenshaw, 2007; Dabrowski, 2007; Bystrova et al., 2009; Haxton et al., 2012; Moore et al, 2012; Stevens et al., 2014; Aghdas et al., 2014;
11. Comparação entre as expetativas verbalizadas pela parturiente relativamente ao CPPP com a experiência, igualmente verbalizada pela Mulher, no período de puerpério.	Kenyon-Berry & Seymour, 2015.

Na divisão das semanas de EC por duas Unidades de Saúde, deparei-me com duas populações bastante distintas no que respeita ao leque de conhecimentos, exigências e comportamentos que adotavam durante os estádios do trabalho de parto. A necessidade de uma rápida adaptação na abordagem das intervenções previamente delineadas tornou-se emergente e revelou-se uma mais valia no que respeita a aquisição de competências da

ASMOG na generalidade e especificamente no desenvolvimento da temática do CPP.

As parturientes e familiares do campo de estágio I são uma população mais homogênea. A generalidade das grávidas que acolhi e segui no Serviço de Bloco de Partos não possuía um plano de partos ou uma ideia estruturada de como queriam conduzir os estádios do trabalho de parto. Notei uma população que, na sua maioria, não tinha realizado o curso de preparação para o nascimento e parentalidade (CPNP) e que, possivelmente devido a esta lacuna, submetia-se mais facilmente às decisões tomadas pelos profissionais de saúde sem colocar questões. O Serviço de Bloco de Partos possuía quartos equipados com diferentes dispositivos, nomeadamente cardiotocografia wireless, duche, música, bola americana e de pilatos, controlo de luminosidade e bastante espaço, o que facilitava um conjunto de opções para conduzir o trabalho de parto e parto que melhor se adequasse às necessidades e exigências da parturiente e acompanhante, contudo subaproveitados pela motivo já mencionado.

A população que frequenta a Unidade Hospitalar do campo de estágio II é uma população multicultural a qual se deve à afluência de nacionalidades e de estilos de vida adoptados por quem habita nessa região do país. Contrariamente à experiência proveniente das primeiras semanas de EC é uma população muito informada e com a vertente do parto natural e humanizado muito presente. O próprio hospital possui o CPNP o qual coloca à disposição das utentes, fomenta a realização de um plano de partos através de um protótipo que possui no seu sítio da internet e que é discutido com o casal antes do dia do nascimento do(a) filho(a). Nesta Unidade, senti que os protagonistas do trabalho de parto são os principais interessados, ou seja, a parturientes e respetivo companheiro e que a tomada de decisões não era unilateral, mas era inquisitivamente informada e consensualmente decidida entre os profissionais de saúde e os utentes.

## **2.1. Estratégia de Aplicação e de Reflexão da Temática no Ensino Clínico**

A reflexão em enfermagem é um instrumento indispensável na análise e aquisição dos saberes fundamentais a uma prática clínica exemplar. Johnson

referiu em 1994 que o enfermeiro deve ter a habilidade de retirar significado nos encontros com os pacientes.

Como instrumento para colheita dos resultados alcançados, aquando do desenvolvimento da temática, privilegiei a Narrativa Reflexiva (NR). Este instrumento visa analisar criticamente situações vivenciadas na prática clínica, de modo a incrementar potencialidades que promovam conhecimento. As experiências vividas são descritas, analisadas e refletidas o que permite, num contexto específico de trabalho, a aquisição de competências que conduzem a um desempenho responsável, ético e fundamentado na enfermagem especializada. A Narrativa Reflexiva assume “...considerável importância na educação em enfermagem, como sendo um potencial meio de facilitar o processo de integração de teoria e prática, ou seja, permite a aprendizagem através da experiência” (Pereira, 2001, p.13). Narrar facilita o entendimento da realidade e das relações entre as coisas, o que significa que a sua concepção contendo reflexão (Latimer, 2003).

Ao longo do Ensino Clínico a reflexão da temática foi realizada primordialmente sobre seis situações vivenciadas. Estas narrativas resultaram do contato que estabeleci com utentes que acompanhei ao longo dos quatro estádios do trabalho de parto e que durante o internamento no Serviço de Obstetrícia pude realizar a observação obstétrica e/ou ter uma conversa informal sobre o nascimento do filho. O guião orientador (APÊNDICE III) das Narrativas Reflexivas foi adaptado em cada situação de modo a manter o dever de sigilo e da intimidade (artigos 85º e 86º) vigentes pelo Código deontológico do enfermeiro (Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro). A consciencialização, a reflexão crítica e a avaliação das narrativas compiladas será realizada aquando da análise das competências de aprendizagem do EEESMO adquiridas.

Atendendo a atividade 5 planeada através da RL “*Concepção de Poster/material visual e informativo que vise sensibilizar as grávidas para a realização do CPPP*”, inicialmente havia projetado um poster, contudo iniciado o EC, apercebi-me que não seria o melhor método uma vez que, em ambas as unidades de saúde, as parturientes/companheiros ficam praticamente limitados à sala de partos, que lhes era destinada, o que limitava a visualização de um poster quando afixado num espaço comum.

Assim sendo, o recurso material elegido para divulgação e incentivo da

Mulher/casal à realização do CPP foi um caderno plastificado que era mostrado durante o primeiro estágio do trabalho de parto. Este caderno é composto por imagens apelativas, divulga as diretrizes mundiais e nacionais para a execução do CPP e, embora revele a maioria dos benefícios associados ao método, centra a sua atenção no benefício do vínculo afetivo entre a díade mãe-filho.

Com a intervenção dos respectivos Enfermeiros Chefes e Orientadores de cada instituição, o intuito da temática e as necessidades avaliadas no serviço, o caderno concretizado para a primeira parte do estágio sofreu uma pequena alteração ao ser compilado para a Unidade Hospitalar do sul do país.

Quando idealizei o caderno, o meu foco de interesse era o CPP entre a díade mãe filho e direcionei-o neste sentido, todavia, no campo de estágio II surgiu a necessidade de abranger este cuidado à figura paterna, principalmente nos partos cirúrgicos. Verifiquei que para algumas progenitoras era de suma importância que o RN fosse colocado em CPP o mais precocemente possível e como tal, este cuidado era estabelecido com o pai até que a progenitora reunisse as condições necessárias para assumir a função. No que respeita o desenvolvimento de competências do EEESMO para a valorização do progenitor/acompanhante durante o trabalho de parto, a Ordem dos Enfermeiros (2015, p.41) refere que *“o acompanhante deve ser encarado pela parteira como um parceiro, para a Mulher e para ela própria, – um membro da equipa, que pretende ajudar (...)”*, daí que no segundo caderno tenha incluídas duas páginas sobre o método *“Pai Cangurú”*.

Relativamente aos recursos Humanos, a RL revelou que a promoção do CPP, em partos por via vaginal, não aumentam a subcarga de trabalho dos enfermeiros e/ou a necessidade de um elemento extra para que o CPPP possa ser realizado. No que respeita os partos cirúrgicos, e quando o intuito é a promoção do CPP ainda na sala operatória entre a díade mãe-filho, a mesma RL revela a necessidade de um enfermeiro extra para a supervisão do CPP (Finigan & Long, 2014; Stevens et al., 2014; Dabrowski, 2007).

### 3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE APRENDIZAGEM

De acordo com o RCEEEESMOG da Ordem dos Enfermeiros (2011a), a Mulher é a entidade beneficiária dos cuidados de enfermagem desta especialidade e, como tal, os cuidados especializados devem atender holisticamente a todas as necessidades que lhe estão subjacentes e a todas as particulares que a caracterizam. O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia (EEESMOG) é o profissional responsável por estabelecer *“em pareceria com cada mulher, um plano individual de cuidados de enfermagem especializados nas diferentes áreas de intervenção, de planeamento familiar e pré-concepcional, gravidez, parto, puerpério, climatério, ginecologia e comunidade”* (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

Como futura EEESMOG, é primordial possuir os conhecimentos técnico-científicos que permitem o cumprimento do objetivo mencionado no parágrafo anterior. Sousa (2013) defende que

*“ no processo de cuidar, o Enfermeiro faz uso do seu Eu completo, com a liberdade da sua energia positiva em pensamentos e sentimentos, pois num tempo que a competência técnica tende a dominar a nossa prática, a relação de ajuda como intervenção autónoma deverá ser um aspeto a valorizar cada vez mais no ato de cuidar, satisfazendo as necessidades dos nossos utentes, desenvolvendo em cada dia do nosso trabalho, o saber, o saber fazer e o saber estar.”*

Em Portugal, o EEESMO/Parteira vê o seu campo de intervenção definido nos termos do artigo 42º, da Diretiva 2005/36/EC conjugado com o Regulamento n.º127/2011 da Ordem dos Enfermeiros (2011a). Este quadro regulador da profissão permite a reflexão do EEESMO sobre as práticas individuais atendendo os referenciais definidos e os padrões de qualidade objetivados para o serviço onde exerce a profissão. Uma das condições primordiais apontadas pela Ordem dos Enfermeiros para a excelência dos cuidados é a atualização permanente dos conhecimentos (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O intuito deste capítulo é expor e analisar os objetivos e as respetivas atividades descritas no projeto de aprendizagem realizado para o Ensino

Clínico Estágio com Relatório. A criação desse projeto facilitou o processo de aprendizagem na medida em que, como refere Dias (2005, p.17) *“os modelos de formação para a competência visam ajudar, de forma integrada, cada sujeito em formação a desenvolver as suas capacidades criativas, de tomada de decisão, aprender a aprender e a refletir sobre as práticas”*. Este capítulo encontra-se subdividido atendendo os objetivos preconizados no plano de atividade do Projeto Estágio realizado.

### **3.1. Adquirir e Desenvolver Competências Técnicas, Científicas e Humanas na Prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados Pré-natais ou em Situação de Abortamento/Morte Fetal, à Mulher/Casal no Serviço de Urgência de Obstétrica/Ginecológica**

O Serviço de Urgência de Obstetrícia/Ginecologia (SUOG) requer uma grande abrangência de conhecimentos por parte do EEESMOG que é destacado para trabalhar neste serviço hospitalar. A Mulher no âmbito do seu ciclo reprodutivo é a entidade que beneficia das intervenções de cariz autónomo e de baixo risco do enfermeiro da ASMOG (Ordem dos Enfermeiros, 2011a). No cuidado centrado na Mulher este profissional, o EEESMOG, *“assume o papel de seu defensor, permitindo-lhe tomar as suas próprias decisões”* (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Esta entidade, a Mulher, pode ter uma idade, um diagnóstico obstétrico/ginecológico ou encontrar-se num período do seu ciclo reprodutivo como a gravidez, puerpério ou climatério, que requer uma adaptação cuidada, rigorosa e personalizada das intervenções proporcionadas pelo EEESMOG.

Durante o EC foram alguns os dias em que estive, juntamente com a Enfermeira (Enf.<sup>a</sup>) Orientadora, na prestação de cuidados no Serviço de Urgência de Obstetrícia/Ginecologia. Isto deveu-se ao destacamento calendarizado da Enf.<sup>a</sup> Orientadora para este serviço e também ao aproveitamento das oportunidades de aprendizagem sempre que o Bloco de Partos estava sem utentes.

Durante o período de tempo em que decorreu o EC, e atendendo ao campo de estágio em causa, a competência H2 que refere que o EEESMOG *“cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal,*

*de forma a potenciar sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal”,* foi a competência mais requerida para a prestação de cuidados de enfermagem especializados (Ordem dos Enfermeiros, 2011a) .

Em colaboração com uma equipa multidisciplinar, o diagnóstico e/ou monitorização da gravidez foi um procedimento frequentemente realizado. Os cuidados do EEESMO visavam potenciar a saúde pré-natal materna e fetal e centravam-se em: colheitas analíticas; identificação do risco gravídico através da Escala de Goodwin; avaliação de sinais vitais da utente; monitorização com CTG ou auscultação dos batimentos cardíacos fetais e interpretação dos mesmos; observação geral da mulher; realização de ensinamentos oportunos como, recursos disponíveis na comunidade, sintomas/sinais de desconforto e alarme; e prevenção de seroconversões quando não imune.

A conceção de um plano de parto pela Mulher/casal era incentivado a partir do 3º trimestre de gravidez, principalmente no campo de estágio II, uma vez que esta Unidade Hospitalar possui um protótipo disponível no seu sítio da internet. O plano de parto era posteriormente enviado à Enf.<sup>a</sup> Chefe do Bloco de Partos e discutido com o casal, anteriormente ao nascimento do filho. Independentemente da instituição hospitalar onde era desenvolvido o EC, sempre que era oportuno, expunha a temática do CPP às progenitoras/casais e mostrava o caderno plastificado de modo que a Mulher/casal, aquando do nascimento do filho(a), tomasse uma decisão devidamente informada sobre o assunto.

Quando a questão da Interrupção voluntária da gravidez (IVG) era exposta pela mulher/casal, eram cedidas informações que promovessem a decisão esclarecida e consciente deste ato e eram orientados para os recursos disponíveis na comunidade de acordo com a Lei nº16/2007 de 17 de abril. A observação/avaliação após IVG/aborto era por vezes, monitorizada no SUOG sendo as orientações da sexualidade e da contracepção, intervenções realizadas atendendo à opinião da utente .

Em caso de abortamento, era procedido ao encaminhamento das situações que ultrapassam a área de atuação do EEESMO através colaboração de alguns elementos que compõem a equipa multidisciplinar das Unidades Hospitalares, nomeadamente da área da psicologia para o luto. A

valorização da perda pré-natal é recente, porém a dor manifestada por esta perda é similar aquela que acompanha qualquer outro tipo de dor significativa, daí o suporte emocional adicional ser uma mais valia para estas mulheres/casais/famílias (Adolfsson et al., 2004).

Por vezes o motivo que conduzia as mulheres grávidas a recorrerem ao SUOG eram os desvios ao padrão de adaptação à gravidez e/ou por possuírem patologias diagnosticadas associadas ou concomitantes. Para que a mulher grávida pudesse interpretar e valorizar as situações que são desvios do padrão normal da gravidez era necessário capacitar a grávida de uma forma integrada e sistematizada no que confere os cuidados prestados pelo EEESMO, só assim é que a parceria Mulher-EEESMO podia *“detetar e tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal”* (Ordem dos Enfermeiros, 2011a). A Mulher para que possa tomar uma opção conscienciosa e saudável, deve dispor de informação suficiente e objetiva em cada etapa do processo de gravidez (APEO, 2009). Os cuidados prestados pelos EEESMO *“devem incluir a capacitação da cliente para a posterior tomada de decisão e ação devidamente esclarecida”* (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No decorrer da observação das mulheres grávidas que recorreriam ao SUOG pelo motivo anteriormente referido, e atendendo à gravidade da situação avaliada, os ensinamentos realizados eram adequados, porém lembrava sempre os sinais/sintomas de alarme que vêm descritos no boletim de saúde da grávida (BSG) e os que determinavam o não controlo da patologia concomitante/associada. Refiro algumas das situações mais comuns como: *spottings* ou sangramento vaginal, quando controlado, a avaliação do bem estar fetal e a descoberta da génese através da entrevista, observação do BSG e física da grávida e de episódios hospitalares anteriores podem determinar a intervenção do EEESMO; na hipertensão prévia ou induzida pela gravidez, a avaliação dos parâmetros vitais e analíticos, dos sinais/sintomas mais comuns associados (epigastrias, alterações da visão, edemas e cefaleias) e a observação física da grávida, norteavam a intervenção do enfermeiro obstetra a despistar outros tipos de patologias em que a hipertensão é característica; a infeção do trato urinário é das infeções mais comuns que podem surgir na gravidez, a realização de ensinamentos que motivem a aquisição de hábitos de higiene e vesicais regulares, o reforço da ingestão hídrica e o dotar a grávida



sobre a deteção de sinais e sintomas de alerta podem fazer a diferença no caráter repetitivo da patologia.

Embora EEESMO tenha alguma autonomia que lhe é atribuída pelas competências específicas da sua especialidade, este profissional, no SUOG coopera sempre com a equipa multidisciplinar no tratamento de gestantes com complicações associadas/concomitantes.

O SUOG é uma porta de entrada para os internamentos da área. Sempre que se justificava o internamento das utentes por afeções relacionadas com a gravidez, ginecológicas ou início do trabalho de parto, as utentes eram devidamente encaminhadas para o Internamento no Serviço de Obstetrícia, de Ginecologia e Bloco de Partos respetivamente.

### **3.2. Adquirir e Desenvolver Competências Técnicas, Científicas e Humanas na Prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à Mulher/Casal/Família a Vivenciar Processos de Saúde/Doença Ginecológica no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica**

O EEESMOG presta cuidados à Mulher que se encontra em idade fértil não só durante o período pré-concepcional, gestacional e puerperal mas, ao longo da linha da vida que une a menarca à menopausa.

Assim sendo, o foco da minha atenção recai sob a competência H6 vigente no RCEEEESMOG, que refere que o EEESMOG *“cuida da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a sua saúde”* (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

Ao nível dos cuidados prestados no SUOG o principal diagnóstico e monitorização realizada pela equipa multidisciplinar eram as afeções do sistema génito-urinário. Constatei que uma grande parte das mulheres não aposta na prevenção da doença de foro ginecológico e apenas recorre aos cuidados de saúde quando existem sinais ou sintomas anómalos neste aparelho corporal. De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados EEESMOG compete ao enfermeiro especialista nesta área *“o fornecimento de informações geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente”* (Ordem dos Enfermeiros, 2011b). Nesta base, tentei

proporcionar momentos de aprendizagem às utentes onde as lacunas de conhecimento detetadas eram colmatadas com ensinamentos oportunos e a necessidade de vigilância era reforçada. Relembrava às utentes/família os recursos existentes na comunidade que permitem essa mesma vigilância regular, tanto do aparelho génito-urinário como da mama.

O internamento no Serviço de Ginecologia era proporcionado quando o tratamento não era exequível em ambulatório. Através da observação médica e do EEESMOG era proporcionada uma cooperação no diagnóstico, tratamento e/ou encaminhamento de utentes com afeções genitó-urinárias e/ou da mama.

Um outra competência do EEESMOG que pode ser proporcionada num SUOG é a H5 do RCEEEESMOG que refere que, o enfermeiro especialista na ASMOG *“cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério, no sentido de potenciar a saúde, apoiando o processo de transição e adaptação à menopausa”* (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

Durante o EC algumas utentes recorreram ao SUOG durante o climatério, termo que desconheciam uma vez que se referiam ao mesmo como menopausa. O termo menopausa era esclarecido através da sua definição que consiste na ausência de fluxo menstrual durante pelo menos doze meses.

Deste modo, era procedido à orientação da mulher relativamente ao período do climatério no que respeita, as alterações físicas e psíquicas associadas a esta fase, as necessidades de vigilância de saúde e os recursos disponíveis na comunidade. As alterações hormonais subjacentes a este período da vida da utente potenciam a associação de doenças; a Mulher, atendendo à idade e aos antecedentes pessoais, era informada dos exames e análises de rotina pelos quais deveria reger a vigilância da sua saúde genitó-urinária.

O EEESMOG em parceria com a equipa multidisciplinar, identificava e monitorizava a saúde da mulher, nomeadamente no que respeita a presença de riscos potenciais e/ou doenças associadas e sempre que exequível, iniciava o tratamento e cuidado da Mulher com complicações associadas ao climatério

### **3.3. Adquirir e Desenvolver Competências Técnicas, Científicas e Humanas na Prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à Mulher/Casal/Família Durante os Quatro Estádios do Trabalho de Parto, em Partos Eutócicos, Distócicos e com Patologia Associada**

O nascimento de um novo ser é um processo que envolve toda a família uma vez que transforma a vida de todos. O cuidado do enfermeiro deve estar voltado para as necessidades dessa família e nutrido pelo respeito das particularidades que lhe são características. A interação, o diálogo, a sensibilidade e a afetividade são ingredientes indispensáveis do enfermeiro para com a família. O cuidado sensível extrapola o cuidado técnico e o alívio à dor, é olhar, ouvir, observar, sentir, empatizar com o outro, estar disponível para fazer com ou para o outro (Rodrigues, et al., 2006).

Ao longo do EC pude exercer as atividades do EEESMO nos quatro estádios do trabalho de parto. Este EC foi muito esperado ao longo do decorrer do curso. As expectativas relativamente ao desempenho das funções do enfermeiro especialista, durante o trabalho de parto e parto, eram muitas e foram superadas no que respeita o meu crescimento pessoal e profissional. As intervenções realizadas fundamentaram-se na Competência H3 do RCEEEESMOG que refere que este profissional *"cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto"* (Ordem dos Enfermeiros, 2011a). O ICM define Parteira como sendo,

um profissional e responsável, que trabalha em conjunto com as mulheres para lhes dar apoio necessário e os conselhos e cuidados essenciais durante a gravidez, parto e período pós-parto. A parteira deve ser capaz de assumir toda a responsabilidade no momento do parto e de fornecer os cuidados necessários ao recém-nascido e ao bebé (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.11).

Para muitas gestantes, que são admitidas em trabalho de parto num Bloco de Partos, este é o primeiro contato com um ambiente hospitalar, que está conotado a um ambiente de doença. O ambiente físico em que decorre a dilatação, a presença de profissionais que lhe são estranhos, o excesso/ausência de profissionais da área da saúde, podem ser geradores de *stress* e medo na utente (APEO, 2009).

O acolhimento da Mulher e do convivente significativo na Sala de Partos

é o primeiro contato que o EEESMO, responsável por aquela Unidade, tem com a parturiente. De acordo com Correia (2013), *“o acolhimento na área da saúde pode ser entendido como uma ciência e uma arte sendo um aspeto essencial do Cuidar em Enfermagem. Este não compreende somente informar sobre as rotinas, inserindo-se numa dimensão muito maior de relação de ajuda”*. A mesma autora citando Sousa (2008) refere que, o profissional de saúde que cuida da mulher durante os estádios do trabalho de parto, necessita de desenvolver habilidades a nível da relação de ajuda e de empatia, de forma a promover interações com a mulher/família que favoreçam a sua liberdade de expressão, com a devida aclaração das suas dúvidas e preocupações (Correia, 2013).

Quando iniciei o EC achava que o facto de estar num Bloco de Parto na qualidade de discente ia ser uma barreira face à aceitação dos pais perante a minha intervenção cuidativa. Quando me apresentava à parturiente/casal sentia alguma relutância, uma vez que, para o casal, o seguimento deste período tão importante por um discente não encaixa com a ideia de um momento perfeito. Não obstante, foi esta relação de ajuda e de empatia que promoveu a confiança em todas as parturientes/casais com quem tive o prazer de contactar.

O estabelecimento de um plano de partos e/ou análise desse plano previamente concebido pelo casal era um dos primeiros cuidados prestados na Sala de Partos. A Ordem dos Enfermeiros manifesta-se, referindo que *“quando a mulher não apresenta um plano de parto deve ser encorajada a pronunciar-se sobre as suas preferências e sentir que estas são suportadas”* (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.39). A orientação dos cuidados de qualidade e de baixo risco a serem realizados, resultavam desta parceria estabelecida aquando do acolhimento. Tanto a parturiente como o convivente significativo ficavam informados que as intervenções idealizadas poderiam ser ajustadas com a prévia informação e consentimento da Mulher/casal se a avaliação resultante da implementação dos mesmos cuidados não promovessem um ambiente seguro, confortável e de bem estar para a Mulher e para o feto.

Um dos assuntos discutidos com casal era a realização do CPPP e da amamentação, contudo aprofundarei este assunto no objetivo referente à exposição da temática. No que respeita ao controlo da dor, a EEESMO deve

ser conhecedor das medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Nesta área, aprendi muito com as Enfermeiras Orientadoras com quem tive o privilégio de estagiar, a experiência aliada aos conhecimentos teóricos permitia uma maior assertividade nas medidas de alívio da dor aconselhadas à parturiente/casal; enumero algumas técnicas como massagem, posições não supinas no primeiro estágio do trabalho de parto, técnicas respiratórias e colaboração no cateterismo e administração da analgesia epidural.

No que cumpre o objetivo específico de *“diagnosticar prematuramente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do feto no trabalho de parto,”* aquando do acolhimento era visto o BSG da mulher a fim de perceber se as serologias do terceiro trimestre estavam completas, identificar o grupo sanguíneo, o estado nutricional da grávida e se tinha havido complicações durante a gravidez e/ou a presença de doenças concomitantes que pudessem limitar/alterar a conduta do EEESMO. O exame inicial realizado à grávida consistia, como já ficou subentendido, na entrevista, na observação física e obstétrica. Através do exame obstétrico, o toque vaginal, confirmava a posição do feto *in útero*, previamente avaliada pelas Manobras de Leopold, determinada a dilatação cervical e se possível a variedade.

Não tive grande dificuldade em avaliar a dilatação cervical através do toque, nem em que plano se encontrava o polo fetal. As maiores dificuldades que senti foram o tocar num colo posterior, determinar a variedade do polo fetal e avaliar a escavação pélvica em detrimento do tamanho do polo fetal, a fim de identificar a compatibilidades feto-pélvica. Penso que com a prática futura estas questões serão ultrapassadas.

A avaliação do bem estar materno compreende todos estes fatores que foram mencionados, bem como a *“avaliação dos parâmetros vitais, fluídos administrados, eliminação vesical, hidratação oral e comportamentos”* (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 42). Só através do aglomerar destes fatores é que o bem estar materno pode ser assegurado.

Quando avaliados desvios do padrão normal ou descontrolo de situações concomitantes em patologias como a Diabetes Gestacional ou Pré-eclampsia o EEESMO coopera com outros profissionais de saúde no que visa o bem estar materno-fetal. O objetivo major de todas os cuidados com os quais

o EEESMO pode intervir, visa otimizar as condições de saúde maternas e fetais. Os protocolos institucionais eram a base de atuação e, sempre que os conhecimentos que possuía eram deficitários, procurava a evidência científica atual que pudesse colmatar essa lacuna.

No que respeita a avaliação do bem estar fetal, a monitorização continua ou intermitente com o CTG permite avaliar a frequência cardíaca fetal e o modo como o feto reage às medidas interventivas aplicadas e à evolução do trabalho de parto, já que regista a dinâmica uterina. Aquando da observação de uma grávida detetei o prolapso do cordão umbilical, esta situação foi narrada e refletida num jornal de aprendizagem e assim, incrementados os meus conhecimentos interventivos para uma situação futura.

A frase que mais ouvi pelas parturientes quando o cansaço já era algum era “*não consigo mais*”. O suporte emocional e psicológico e o reforço positivo tanto à parturiente como ao convivente significativo foram uma constante. Acompanhei e assisti a um parto pélvico de um feto morto, sobre o qual também realizei um jornal de aprendizagem, em que a etiologia da situação e o modo como foi providenciado o luto foram os focos da reflexão.

Ao longo do EC tive a oportunidade de contactar com oitenta parturientes em sala de partos. Destas mulheres, aquelas a que apliquei as técnicas adequadas à realização parto de apresentação cefálica foram quarenta e quatro e com as que colaborei através da receção do RN e observação do parto distócico foram um total de treze. As restantes não pariram nos turnos em que estive presente.

Até então, alonguei-me no primeiro e segundo estágio do trabalho de parto, remetendo-me agora para a técnica de dequitação, terceiro estágio do trabalho de parto, a qual pode ser expectante ou ativa. Após a saída da placenta era confirmada a formação do globo de segurança de Pinard e avaliada a quantidade de sangue perdido. Por duas ocasiões, o resultado foi membranas fragmentadas, porém, aparentemente completas. Através de um exame ecográfico à região pélvica, realizado pelo Médico Obstetra, confirmou-se a ausência de conteúdo ovular retido na cavidade uterina.

Às parturientes em que realizei a técnica do parto após a dequitação, observava o canal de parto e procedia às técnicas de reparação de lacerações e/ou episiotomia se estivessem presentes. No início senti muita dificuldade em

aplicar as técnicas de reparação, cheguei mesmo a pensar que nunca ia desenvolver o olho clínico para compreender a união dos tecidos do pavimento pélvico. No final do estágio, embora com alguma morosidade, já me sentia mais confiante e procedia à reparação dos tecidos com alguma autonomia. Mais uma vez, a técnica e a paciência das Enfermeiras Orientadoras foram determinantes para o meu processo de aprendizagem.

No quarto estágio do trabalho de parto a vigilância tanto da puérpera como do RN era promovida durante pelo menos duas horas na sala de partos ou no recobro. Neste período os sinais vitais, o tônus uterino, os lóquios, o períneo e o estado geral da puérpera eram novamente avaliados. Se as condições reunidas o permitissem, oferecia-se uma alimentação à puérpera e procedia-se à transferência da díade para o internamento. O objetivo desta observação pormenorizada visa a *“promoção da saúde da mulher”*, o diagnóstico precoce e prevenção de *“complicações para a saúde da mulher”* e o provimento de *“cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher”* (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

Todas as intervenções realizadas eram devidamente registadas tanto no processo clínico da utente como no partograma. Este último instrumento, quando devidamente preenchido, é uma *“ferramenta absolutamente essencial no trabalho de parto, não é apenas um documento de registo, é também um instrumento de diagnóstico”* (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 42).

### **3.4. Adquirir e Desenvolver Competências Técnicas, Científicas e Humanas na Prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados ao Recém-nascido Saudável e de Risco**

O cuidado ao RN é uma competência específica do EEESMO. A competências H3 do RCEEEESMOG faz menção a esses cuidado.

O EEESMO no Bloco de Partos deve providenciar um ambiente seguro para o RN durante o terceiro e quarto estádios do trabalho de parto. A colaboração de um outro enfermeiro no parto é essencial para que o cuidado e atenção à díade mãe-filho possa ser bipolarizado nesta fase. Nos nascimentos em que apliquei as técnicas de parto os recém-nascidos, após serem secos, eram colocados em CPP com as progenitoras. A evidencia já descrita no

enquadramento teórico revela que esta é a melhor forma do RN se adaptar à vida extrauterina e ser proporcionada a primeira amamentação. A APEO (2009, p.105), refere que *“a mãe e o RN não devem ser separados após o parto, e nas mulheres que desejem, deve iniciar-se de forma precoce a amamentação, idealmente na primeira hora de vida”*.

Ao longo dos dois primeiros estádios do trabalho de parto, quando o risco fetal era monitorizado, solicitava-se a colaboração de um Médico Pediatra aquando do nascimento, para que fossem aplicadas medidas de suporte e de adaptação à vida extrauterina, se justificável.

Em partos distócicos a presença do Pediatra era sempre requerida. Observei uma intervenção de reanimação neonatal executada pela enfermeira que recebeu o bebé e pelo Pediatra. O RN ao 5.º minuto de vida já havia convertido a primeira avaliação do Índice de Apgar de seis em nove. Após confirmado o bem estar do RN, este foi colocado em CPP. Santos (2011) citando Abade et al. (2010) refere que, em situações que o RN some um Índice de Apgar com um valor inferior a sete, o CPP deve ser realizado assim que seja possível.

Em tempo oportuno, eram realizados os primeiros cuidados ao RN. A administração, previamente consentida pelos progenitores, de vitamina K para prevenção do risco da doença hemorrágica neonatal, deve ser realizada nas primeiras duas a quatro horas após o nascimento. A profilaxia oftálmica do RN já não é realizada em todos os nascimentos de forma rotineira. O recomendado é que quando necessária a sua aplicação, que o seja feito ao final de uma hora para não bloquear o contato visual entre RN e a mãe. A identificação do RN deve ser procedida na presença da progenitora, e o pai incentivado a vestir a primeira roupa do bebé, bem como a colaborar/estar presente em todos os cuidados prestados ao RN (Lowdermilk & Perry, 2008; APEO, 2009; Bystrova, 2009).

Ao longo do EC, participei na transferência de um RN para a Unidade Neonatal. Tinha sido um nascimento resultante de um parto distócico por cesariana e de carácter urgente. A puérpera reunia alguns fatores de risco nomeadamente, Diabetes Gestacional, Hipertensão Induzida pela Gravidez, rutura prematura da bolsa amniótica com líquido meconial e no registo do CTG, o traçado a avaliação do batimento cardíaca fetal, registou uma desaceleração



de recuperação lenta. A criança, aquando do nascimento, revelou sinais de adaptação à vida extrauterina, porém, quando estava para ser transferido juntamente com a puérpera para o internamento do Serviço de Obstetrícia, apresentou um quadro compatível com Síndrome de Dificuldade Respiratória. O diagnóstico foi comprovado através da avaliação da saturação de oxigénio e da apreciação do Pediatra, que efetuou a transferência do RN para a Unidade Neonatal.

### **3.5. Adquirir e Desenvolver Competências Técnicas, Científicas e Humanas que me Permitam Informar, Apoiar e Capacitar a Grávida/Parturiente a Tomar uma Decisão Informada Quanto à Realização do Contato Pele-a-pele**

A aquisição e o desenvolvimento das competências, técnicas, científicas e humanas, primeiramente foram adquiridas através da realização de um projeto para o Ensino Clínico Estágio com Relatório. Ao longo dos restantes ensinamentos clínicos, que são parte integrante da formação do EEESMO, fui desenvolvendo a temática de acordo com a pertinência do Serviço de Saúde onde me encontrava. O aglomerar destas duas experiências prévias, juntamente com a compreensão da temática pelas equipas dos Blocos de Partos, onde desenvolvi o estágio, capacitaram-me na adequação da temática às parturientes de maneira a informá-las, a dar-lhes apoio e a capacitá-las para tomarem uma decisão devidamente informada quanto à realização do CPP.

No que respeita à realização do CPP entre a mãe e o filho, em ambos os Blocos de Partos dos referidos Campos de Estágio I e II já era promovido o método, todavia não em concordância com as diretrizes da UNICEF/OMS que recomendam que o CPP seja realizado em todos os nascimentos saudáveis imediatamente após o parto, durante pelo menos uma hora e de forma contínua e prolongada (Franco, et al., 2013; UNICEF 2011).

O enfermeiro, durante a sua formação académica, aprende que a eficácia do trabalho em saúde resulta do foco da equipa. Por equipa de trabalho definem-se as formas mais aprimoradas de grupos de trabalho que estabelecem metas uníssonas para o trabalho coletivo (Moscovici, 2003). De modo a que as atividades identificadas no Quadro 3 e que se remetem para os cuidados de enfermagem, voltados para a parturiente, não fossem aplicadas

unicamente durante o período de estágio, foi realizada uma formação em serviço (ati. 2 do Quadro 3), intitulada “*Contato pele-a-pele: benefícios e estratégias*” direcionada às equipas multidisciplinares do Bloco de Partos e Serviço de Obstetrícia.

Uma das Unidades de Saúde pretendia candidatar-se ao projeto da Ordem dos Enfermeiros, Maternidade de Qualidade, e, embora nos dois campos de estágio, os objetivos do estágio com relatório e as diretrizes nacional e mundialmente aceites para a prática do CPP já tivessem sido divulgados, tanto ao Enfermeiro Chefe como ao Enfermeiro Orientador, nas formações em serviço realizadas, todos os elementos presentes ficaram conhecedores dos mesmos (ati. 3 do Quadro 3). No espaço final de debate que se seguiu à explanação da temática, foram expostas pelas equipas as dificuldades/limitações sentidas na promoção do CPP (ati. 1 do Quadro 3). A mais enumerada, por ambas as Unidades de Saúde, embora não de forma consensual, foi o facto de não poderem protelar a pesagem do RN para o final do CPPP por motivos como: criação do processo clínico do RN; e em caso de necessidade urgente de ser administrada medicação, situação que já tinha ocorrido numa das Unidades de Saúde em que o RN estava em CPPP com a progenitora.

Assim sendo, as estratégias para a promoção do CPP foram desenvolvidas em conjunto com os elementos das equipas (ati. 4 do Quadro 3) ficando decidido que o CPP seria incentivado à parturiente/casal antes do nascimento do filho (ati. 7 do Quadro 3) e promovido durante pelo menos uma hora e/ou de acordo com a vontade da puérpera/acompanhante tanto logo após o nascimento, como no internamento no Serviço de Obstetrícia. Outro objetivo traçado foi o protelamento de todos os procedimentos (excetuando o de pesar do RN de acordo o enfermeiro responsável pela díade mãe-filho) ou a realização dos mesmos em CPP, enquanto o RN está a mamar (ati. 10 do Quadro 3).

O registo da promoção CPPP já era realizado nos processos clínicos do RN (ati. 6 do Quadro 3), contudo na formação em serviço, ficou acordado a necessidade acrescentar o registo do tempo proporcionado em CPPP entre a díade mãe-filho/pai-filho, de modo que os benefícios associados ao método pudessem ser comprovados atendendo à duração do CPP (Crenshaw, 2007;

Moore, et al, 2012).

Ao implementar a minha temática nas respetivas Unidades de Saúde, tentei dar um pequeno avanço entre a estratégia já praticada pelos campos de estágio I e II para promover o CPPP e a que seria a ideal.

No campo de estágio I, o CPPP ainda não era promovido em todos os nascimentos saudáveis por via vaginal. A minha intervenção nesta Unidade, consistiu em que os membros da equipa de enfermagem, durante o primeiro estágio do trabalho de parto pudessem dotar as parturientes/casais para a realização do CPPP, mostrando o caderno por mim deixado no serviço e que, de acordo com a opção informada da Mulher e do companheiro e as características de saúde da díade mãe-filho, o CPPP, pudesse ser promovido, pelo menos, em todos os nascimentos não cirúrgicos.

No campo de estágio II, o CPPP já era facilitado em todos os nascimentos saudáveis por via vaginal. Assim sendo, o passo seguinte foi extrapolar este método para os partos cirúrgicos. O ideal seria a promoção do CPPP ainda na sala operatória entre a díade mãe-filho, o que careceria de um enfermeiro extra para supervisionar (Stevens et al., 2014; Dabrowski, 2007). Em alternativa, e mais uma vez de acordo com a opção informada dos progenitores, o CPPP era promovido entre a díade pai-filho até que a mãe reunisse as condições necessárias para assumir o método e desta forma conhecer e amamentar o filho.

Remeto-me agora para as atividades do EEESMO que visam atingir o grupo alvo, a Mulher, a desenvolver competências específicas da maternidade neste processo de transição que é o nascimento do filho. Considerando a teoria de enfermagem de Ramona Mercer, a projeção da minha temática em intervenções de enfermagem, considera o *“Modelo da Consecução do Papel Maternal”*, mais precisamente a *“Fase Formal”*, onde é atribuído um papel preponderante ao Enfermeiro, uma vez que a progenitora tende a observar e copiar os conselhos e cuidados prestados por este profissional. Como já foi referido anteriormente, este modelo tem uma base multifatorial, contudo na análise das intervenções de enfermagem adotadas remeto-me essencialmente para três fatores (Meighan, 2004):

- **Perceção da Experiência do Nascimento:** consiste em avaliar a

compreensão que a mulher tem do seu desempenho durante os estádios do trabalho de parto, ou seja, dos comportamentos da maternidade;

- **Satisfação:** caracteriza-se pela alegria, recompensa e prazer que a mulher revela quando experimenta a interação e o cumprimento das tarefas inerentes ao cuidado ao RN;
- **Ligação:** corresponde ao processo no qual se forma um compromisso afetivo e emocional perdurável.

Durante o tempo em que as Mulher estava em trabalho de parto no Bloco de Partos, e em conjunto com outros ensinamentos realizados e de pertinência para o momento que estava a vivenciar, expunha a temática do CPP. Questionava a utente/casal se já tinham ouvido falar do CPP e o que sabiam sobre o assunto. Após uma conversa com benefícios recíprocos entre os seus intervenientes, uma vez que eu apoiava, informava e capacitava as parturientes/conviventes significativos a realizarem o CPP e estes, por sua vez, ajudavam-me a aperfeiçoar as minhas técnicas de comunicação/interação e a entender a importância deste cuidado para a utente/família (ati. 7 do Quadro 3).

Mercer & Walker (2006) imputam uma grande importância no ato de informar. Segundo estes autores a informação é um meio facilitador no que respeita o modo como os pais vivenciam novos papéis. As intervenções do enfermeiro são a base da relação entre os pais e este profissional e devem ser iniciadas ainda na gravidez. No que respeita o processo de vinculação, a educação realizada às mães deve ser individualizada, respeitar o ritmo de aprendizagem de cada mulher e estimular a comunicação entre a mulher e o bebé, através de palavras, do toque, do olhar e do sorriso.

No final das conversas, deixava sempre como suporte ilustrativo o caderno plastificado do CPP, concebido para os campos de estágio (ati. 6 do Quadro 3), para que a progenitora/casal sedimentassem o ensino realizado com imagens e textos elucidativas do método. A teórica de enfermagem Mercer (2006) alerta para o facto de os materiais educativos não serem substitutos do diálogo que deve haver entre o enfermeiro e a mulher, pois só assim o enfermeiro consegue compreender as necessidades da progenitora.

Durante o EC, independentemente das raízes culturais da progenitora/casal, o CPPP foi sempre estabelecido entre uma das díades mãe-filho e/ou pai-filho.

Existem comportamentos tanto do(a) progenitor(a) como do bebê que são facilitadores do processo de vinculação. Lowdermilk e Perry (2008, p. 523) baseando-se no conhecimento da teórica Mercer (1983), resumiram esses comportamentos (ANEXO I), os quais descrevo nos subpontos que se seguem à luz das premissas do CPP e das evidências obtidas nas seis narrativas reflexivas em Apêndice III.

### 3.5.1. Olha, Encara, Examina as Características Físicas do Bebê e Assume uma Posição Face-a-face Mantendo o Contato Visual

Uma dos momentos de suma importância para o vínculo afetivo é o conhecimento dos pais, permitido através do contato visual, o toque e a exploração atenta do bebê durante o pós-parto imediato (Lowdermilk e Perry, 2008).

De acordo com Stern (1980, p.46), *“ao nascer o sistema visual-motor entra imediatamente em funcionamento. O recém-nascido não só consegue ver, mas chega ao mundo com reflexos que lhe permitem seguir e fixar um objeto”*. Assim que o RN adquire a capacidade fixar o olhar no dos pais, o tempo é passado a fixarem-se mutuamente, principalmente quando estão face-a-face, pois partilham do mesmo plano e estão afastados em cerca de 20 cm (Lowdermilk & Perry, 2008).

No que respeita a interação tátil, de acordo com Brazelton e Cramer (2004) o toque é a primeira fonte de comunicação, sendo através deste que o RN tem as primeiras experiências do amor e afeto humano.

Ao longo da descrição das Narrativas Reflexivas, identificou-se a importância do toque e do contato visual para o conhecimento das partes e sucessivo vínculo afetivo através das seguintes expressões:

- “(...)está tão atento a olhar para mim” (NR1);
- “(...) ver as mãozinhas dela e como era linda foi a minha única atenção” (NR3);
- (...) observou a cara e os dedinhos do filho e comentou com o marido, “é tão lindo (...) é indescritível a sensação de sentir o corpinho dele a tocar no meu” (NR4);
- “(...)ele enrosca-se todo em mim...é tão bom” (NR5);
- Os progenitores emocionaram-se ao ver e tocar no bebê. (...) “o CPP proporcionou

*o primeiro abraço entre mim e o meu filho. Um momento inesquecível. Ele olhava para nós. O toque das mãozinhas dele no meu corpo deram-me a consciência de que já era mãe e que tudo tinha corrido bem” (NR6);*

Os comportamentos coniventes com afeto foram uma constante enquanto a díade mãe-filho estava em CPP. Em todas as Narrativas Reflexivas vem revelado que as progenitoras acariciavam, tocavam e/ou beijavam repetidamente os seus filhos.

### 3.5.2. Sorri para o Bebê, Conversa, Sussurra ou Canta para o Bebê

No estudo realizado pelos autores Stevens et al. (2014), concluiu-se que o CPPP incentiva os progenitores a conversarem com os seus filhos. Aquando do nascimento do filho, os pais aguardam ansiosamente pelo choro do RN. Este choro confirma-lhes o bem-estar da criança. Como resposta, os progenitores iniciam comportamentos de conforto para com o filho. Quando os pais falam num tom mais agudo o bebé fica em alerta e olha na direção de onde o som provem (Lowdermilk & Perry, 2008).

Os recém-nascidos conseguem diferenciar sons e vozes, têm preferência pela voz da mãe e, inclusivamente identificar de onde vem o som (Brazelton & Cramer, 2002; Lowdermilk & Perry, 2008).

Franco et al. (2013), alertam-nos para o facto de os progenitores descreverem um sentimento de orgulho e felicidade quando o filho recém-nascido abre os olhos pela primeira vez em resposta ao chamado, e desta forma, as primeiras caras vistas por este ser são as dos pais.

Considerado a expressividade da cara dos pais, nomeadamente os sorrisos esboçados para o RN. Brazelton e Cramer (2002) sugerem que o RN têm preferência pelo rosto de um adulto expressivo. Quando esse mesmo adulto fica sério o RN desvia o olhar da cara dessa pessoa.

As frases identificadas nas NR reveladoras de elo afetivo através de sorrisos e da voz são;

- (...)esboçou um sorriso e com um tom de vós baixinho a amável disse-lhe “sê bem vindo meu filho” e beijou-o repetidamente (NR4);
- Ambos os progenitores chamavam o bebé pelo nome com uma voz suave. O bebé por vezes respondia com o olhar e os pais riam de alegria (NR5);

- “(...) *Um momento inesquecível. Ele olhava para nós*” (NR6).

### 3.5.3. Reconhece o Bebê como um Elemento da Família e Dá-lhe um Nome

O momento do nascimento do bebê gera grande expectativas nas mulheres. O bebê imaginado durante semanas, materializa-se aquando do parto (Lebovici, 1987). Através do CPP a mulher tem a oportunidade de ver, por si própria, e não através do que é revelado pelos profissionais, os detalhes do seu bebê, procurando por semelhanças deste novo ser com familiares (Gasperi et al., 2008, Ávila & Mello, 2008, citados por Matos et al., 2010). Os autores Lowdermilk e Perry (2008) acrescentam que durante este período ocorre o processo de reconhecimento que consiste na identificação do bebê relativamente às semelhanças com outros familiares e das singularidades que o caracterizam. O RN é deste modo incorporado na família.

Considerando as seis Narrativas Reflexivas encontram-se frases específicas que revelam a inclusão do RN na família já formada:

- “*desta vez está a ser melhor!*”(…) *é que do meu outro filho levaram-no logo para a Neonatologia, fiquei muito preocupada. Sabe muito bem poder ter o P. aqui comigo, ver que está tudo bem com ele*” (NR1);
- “(…) *é diferente do irmão, o irmão era mais pequenino; que unhas enormes e o pelo nas costas!!*” (sorrisos)... “*o momento em que estivemos os quatro foi muito bonito, a família cresceu ali.*” (NR2);
- “*A minha portuguesinha. Ela é linda, a cara da irmã (...)*quando imaginava a minha bebê, imaginava-a no meu colo com a roupinha que lhe havia comprado para o nascimento. Enquanto a tive sobre mim nem lembrei da roupa...” (NR3);
- “(…) *é tão lindo o X.*” (NR4);
- “*Ele é igual às ecografias...é a tua cara.*” (NR5).

### 3.5.4. Atribui Significado às Ações do Bebê e Interpreta com Sensibilidade as suas Necessidades

O contato íntimo, frequente e prolongado entre mãe e filho repercute-se num laço forte de união. O apego estabelecido, possibilita uma melhor compreensão das necessidades do RN, o que facilita o desempenho do papel de mãe e transição gradual do bebê para a vida extrauterina (Lana, 2001).

De acordo com Widström et al. (1990), as mulheres que mantêm os

seus bebês em CPP após o nascimento, reconhecem e prestam cuidados aos seus filhos com mais confiança e subsequentemente respondem às necessidades destes mais cedo do que as mães que são separadas precocemente dos seus filhos.

As primeiras duas horas após o nascimento formam como *um “período sensível”* e é neste momento que a mãe deve iniciar a amamentação. A separação, mesmo que por um curto período de tempo, pode interferir na capacidade neonatal de iniciar a amamentação e pode conduzir a uma redução na confiança materna (Crenshaw, 2007).

À execução do CPP após o nascimento, está associada à eficácia e continuação bem sucedida da amamentação (Puig & Sguassero Y., 2007 citados por Aghdas, et al., 2014). A proximidade física entre mãe e filho atinge a sua máxima intimidade no ato da amamentação, que satisfaz tanto as necessidades biológicas do bebê como da mãe. A satisfação da necessidade de contato e alimentação da criança proporciona uma sensação de contentamento e regozijo à mãe (Lowen, 1990).

Ao longo das NR é verificável que a amamentação foi um dos processos vinculativos realizados entre diferentes díades. Deste modo, destaco as seguintes expressões da NR:

- “Apercebi-me dos sinais de fome do meu bebê e consegui com a ajuda do meu marido que ele mamasse, realmente senti-me mais autónoma” (NR2);
- “(...) como ela mama bem e continua a mamar” (NR3);
- “(...) como ele agarrou logo a minha mama” (NR4).

O EEESMO tem um papel preponderante na promoção da amamentação quando o RN está em CPP com a progenitora. O EEESMO auxilia a mãe a reconhecer os sinais de fome do RN e ajuda-a ao longo desta prática, ou seja, *“concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno”* (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com Mercer os enfermeiros são “*os profissionais de saúde com a interação mais sustentada e intensa com as mulheres no ciclo da maternidade*” (Meighan, 2004). Deste modo, os cuidados prestados ao longo do EC foram enraizados na prática baseada na evidência que se remete para o modelo assistencial em que o EEESMO trabalha em associação com a Mulher. Esta filosofia permite a continuidade de cuidados e melhora/defende a humanização do parto e do nascimento (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

As intervenções realizadas no EC foram preocupadamente regidas pela liberdade, defesa e dignidade dos seres cuidados, e da minha conduta profissional enquanto enfermeira. Os seis princípios éticos são essenciais para a prestação adequada da profissão de enfermagem. A avaliação retrospectiva dos cuidados de enfermagem realizados, permitem-me concluir que os princípios da beneficência, da avaliação da maleficência, da fidelidade, da justiça, da veracidade e da confidencialidade, foram respeitados (Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro).

Na parceria que se estabelece entre o EEESMO e a Mulher, a teórica Mercer sublinha de uma forma indireta, a importância do cuidar em enfermagem quando enfatiza que a qualidade da ajuda proporcionada à progenitora durante a gravidez e ao longo do primeiro ano de vida da criança, pode ter efeitos a longo prazo, tanto no bem-estar da Mulher como da criança (Meighan, 2004). Para que os cuidados proporcionados à Mulher/casal, ao longo do período supramencionado, e mais especificamente no parto, possam acarrear a trajetória de vida destes seres positivamente, é necessário que o enfermeiro se despoje dos costumes e preconceitos vigentes nas suas práticas laborais e as centre no supremo interesse do utente (APEO, 2009).

No que respeita a temática, a promoção do CPP e vínculo afetivo entre a díade mãe-filho foram identificadas algumas barreiras que inviabilizaram a promoção do CPPP de acordo com as diretrizes da OMS/UNICEF, sendo a principal a pesagem do RN aquando do nascimento. Neste sentido, torna-se imperativo a formulação de estratégias para que num futuro próximo, a

realização do CPPP seja um procedimento rotineiro e consensualmente aceite entre os profissionais de saúde.

Embora as equipas de enfermagem onde foi realizado o EC estivessem abertas à melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, a elaboração inicial do processo clínico do RN exige o registo do peso do nascimento da criança. Não obstante, a promoção do CPPP, de acordo com as diretrizes mundialmente recomendadas, estavam sujeitas à opção do enfermeiro que recebia o RN, à exigência temporal de serem efetuados os registos no processo informatizado do RN, e/ou de acordo com a avaliação do bem-estar geral do bebé aquando do nascimento.

Destaco a NR6 em que, ao nascer, o RN foi vagamente mostrado à progenitora e depois, foi levado para a bancada para ser seco e pesado. Os breves instantes que estes procedimentos demoraram até que o RN fosse colocado em CPP com a progenitora foram o suficiente para que a mulher perguntasse se aquele era realmente o seu filho. Esta interpelação da progenitora é reveladora de que o afastamento do RN da mãe nos primeiros instantes que sucedem o nascimento não favorece o vínculo afetivo precoce entre mãe e filho.

Um dos procedimentos descritos no enquadramento teórico como promotor da afetividade enquanto o CPP está a ser realizado entre a díade, é a provisão de um período a sós entre a progenitora/núcleo familiar e o RN. Nas Narrativas Reflexivas este momento foi proporcionado sempre que era solicitado e/ou possível. Na NR6 concluiu-se que o facto de estarem muitos profissionais na sala de partos desviou a atenção dos progenitores do verdadeiro foco do momento, o nascimento do RN, o qual foi secundarizado pelas conversas entre o casal e os profissionais e levou à interrupção prematura do CPP a pedido da Mulher.

Considereei importante a inclusão de uma Narrativa Reflexiva onde o CPP inicial foi promovido entre o Pai e o filho (NR4). Atendendo que o desfecho da gravidez seria um parto cirúrgico, a progenitora referiu ser muito importante para ela/casal que o RN pudesse ser recebido, aquando do nascimento, do modo mais adaptativo possível à vida extrauterina que neste caso, seria em CPP sobre o peito do pai. Quando o pai realiza CPP com o filho consegue usufruir e transmitir ao bebé todos os benefícios associados ao

método exceto, o da amamentação (Bergman, 2012). Deste modo, assim que a puérpera reuniu as condições necessárias para assumir o CPP, o toque entre mãe e filho foi promovido bem como a amamentação.

Os fatores maternos, baseados na teoria de Mercer, e que foram analisados nas Narrativas Reflexivas foram as *“Percepção da Experiência do Nascimento”*, a *“Satisfação”* associada ao momento e a *“Ligação”* emocional facultada pelo CPP (Meighan, 2004). As reflexões elaboradas acerca do momento em que as díades realizavam o CPP e da conversa informal tida com a progenitora no Serviço de Obstetrícia permitem-me concluir que as intervenções de enfermagem realizadas ao longo dos quatro estádios do trabalho de parto, consentiram na escolha informada das puérperas/casais quanto à realização do CPP e que, indubitavelmente, foram revelados comportamentos compatíveis com afeto materno.

Concluí igualmente que os CPNP têm uma repercussão notável na formação de *“expectativas face à gravidez e nascimento”*, na capacitação da Mulher/casal *“para a tomada de decisões”* e por acréscimo, na formulação de um *“plano de parto”* (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.32). As mulheres/casais, descritas nas Narrativas Refletivas, que participaram num CPNP ou que já conheciam a prática do CPP usufruíam e aceitavam de um modo mais natural a técnica e os benefícios associados ao CPP.

Hesbeen (2000, p.75) defende que, *“antes de trabalhar pelo reconhecimento das enfermeiras há que trabalhar pelo reconhecimento dos cuidados de enfermagem”*. A reflexão sobre as práticas de enfermagem, nomeadamente sobre os cuidados do EEESMO é urgente, uma vez que é este o profissional que está presente aquando do nascimento, ou seja, no primeiro encontro entre os pais e o(s) seu(s) filho(s).

O International Council of Nurses (2011), classificou a vinculação como um foco de atenção na prestação de cuidados de enfermagem descrevendo-o como *“parentalidade: ligação entre a criança e a mãe e/ou o pai; formação de laços afectivos”*. Isto posto, nos registos de enfermagem do EEESMO a avaliação deste foco é crucial, todavia observamos um contrassenso entre a necessidade de realizar o registo avaliativo desta intervenção e a necessidade prévia de realizar o processo do RN onde o peso é um dado requerido. Refiro-

me exeplicativamente a situações de mudança de turno onde os registos não podem ser protelados.

O desenvolvimento do EC no Serviço de Bloco de Partos e no SUOG permitiu-me a aquisição de conhecimentos e a realização fundamentada de intervenções transversais a todas as Competências do RCEEESMOG. No que respeita a aquisição de competências para a promoção do CPPP, ao longo do EC fui adaptando o plano das intervenções previamente concebido, de acordo com a avaliação das necessidades de cada Unidade Hospitalar, e de modo a que as intervenções do EEESMO respondessem às necessidades solicitadas pelas utentes/famílias.

A aquisição das competências para a promoção do CPP permitem-me antecipar que, a sucessiva formação em serviço e em colóquios, a educação ativa da população, e por conseguinte, a adequação da génese do processo do RN, permitirão que o CPP *contínuo e prolongado* seja uma realidade para breve, entre a díades mãe/pai-filho nas maternidades portuguesas. A formulação de estratégias conjuntas, entre o EEESMO e a restante equipa multidisciplinar, para que o CPPP se torne uma rotina hospitalar em todos os nascimentos saudáveis, tem de ser uma preocupação das Unidades Hospitalares que lutam pela excelência dos seus cuidados. Embora a minha experiencia em sala de partos, seja limitada acredito que a *“experiência não faz só referência ao tempo passado a exercer uma profissão. Trata-se antes de melhorar teorias e noções pré-concebidas através do encontro de numerosas situações reais que acrescentam nuances ou diferenças subtis à teoria”* (Benner, 2001, p.61).

Como estratégia de melhoria dos cuidado do EEESMO, realço igualmente a importância da divulgação documentada das experiências que resultam da prática deste profissional no que respeita o CPP. Os artigos são um veículo formador tanto de colegas como de utentes, para o qual tenciono contribuir ativamente através da elaboração dos mesmo. Termino assim com uma citação de Benner (2001) que defende que não podemos

*“(...) permitir-nos não legitimar aquilo que nós retiramos das experiências científicas (...) as práticas de cuidar precisam de ser apresentadas e recuperadas (tornadas públicas de forma a que possam ser legitimadas e valorizadas) porque elas sustentam a relação de confiança que tornam a promoção da saúde, a sua restauração e reabilitação possíveis”.*

## BIBLIOGRAFIA

- Adolfsson, A., Larsson P., Wijma, B. & Berterö C. (2004). Guilt and emptiness: womens experiences of miscarriage. *Health Care for Women International*. 25(6), 543-560. **DOI:** 10.1080/07399330490444821;
- Aghdas, K., Talat, K. & Sepideh, B. (2014 Mar). Effect of immediate and continuous mother–infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomised control trial. *Women and Birth*, 27(1). 37-40. **DOI:** 10.1016/j.wombi.2013.09.004.;
- Almeida, E., Martins Filho, J (2004). O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. *Revista Ciências Médicas*, 13(4), 381-388;
- Anderzén-Carlsson, A., Lamy, Z. & Eriksson, M. (2014 Oct). Parental experiences of providing skin-to-skin care to their newborn infant – Part 1: A qualitative systematic review. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 9(24907). **DOI:** 10.3402/qhw.v9.24907;
- APEO (2009). Iniciativa Parto Normal. Documento de Consenso. Loures: Lusociência;
- Badinter E. (1985). *Um amor conquistado. O mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira;
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. (A. L. Queirós, Trad.). Coimbra: Quarteto Editora. (Tradução do original do Inglês From Noce to Expert, 2001, Pearson Education);
- Bergman, J. (2012). Skin-to-skin contact is for fathers also. *kangaroo Mother Care* Acedido em: 16/06/2015. Disponível em: <http://www.skintoskincontact.com/ssc-fathers.aspx>;
- Birksted-Breen, D. (2000). The experience of having a baby: A developmental view. In J. Raphael-Leff J. *Spilt milk, perinatal loss and breakdown*. 17-27. London: Institute of Psychoanalysis;
- Bramson L., Lee, J., Moore, E., Montgomery, S., Neish, C., Bahjri, K. & Melcher, C. (2010 Jan). Effects of early skin to skin mother-infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during

- the maternity hospital stay. *Journal of Human Lactation*, 26(2), 130-137.  
**DOI:**10.1177/0890334409355779;
- Bystrova, K. et al. (2009). Early Contact versus Separation: Effects on Mother–Infant Interaction One Year Later. *Birth*, 36(2), 97-109. **DOI:** 10.1111/j.1523-536X.2009.00307.x.;
- Bowlby, J. (1984). *Apego*. São Paulo: Martins Fontes;
- Bowlby, J. (1990). *Apego e Perda*. São Paulo: Martins Fontes;
- Borges, A. (2005). *Significações Durante as Transições para a Maternidade: A mulher antes e depois do parto*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal Da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Acedido em: 05/06/2015. Disponível em: [http://www.popsi-ufba.br/Ana\\_Patricia\\_Borges.pdf](http://www.popsi.ufba.br/Ana_Patricia_Borges.pdf);
- Bradt, J. (1995). Tornando-se pais: famílias com filhos pequenos. In: Carter, B. & McGoldrick, M. *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. (2.<sup>a</sup> ed). Porto Alegre: Artes Médicas;
- Brazelton, B., Cramer, B., Kreisler, L., Schappi, R. & Soulé M. (1987). *A dinâmica do bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas;
- Brazelton, B. & Cramer, B. (2002). *As Primeiras Relações*. (2<sup>a</sup> ed). São Paulo: Martins Fontes;
- Brazelton, B. & Cramer, B. (2004). *A relação mais precoce: os pais, os bebês e a interação precoce*. 4<sup>a</sup>ed. Lisboa: Terramar Editores;
- Burroughs, A. (1995). *Uma introdução à Enfermagem Materna*. Porto Alegre: Artes Médicas;
- Canavarro, M. C. & Pedrosa, A. A. (2005). Transição para a Parentalidade – Compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In Leal I. *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século Edições;
- Charpak N., Ruiz J., Zupan J., Cattaneo A., Figueroa Z., Tessier R., Cristo M., Anderson G., Ludington S., Mendoza S., Mokhachane M. & Worku B. (2005 May). Kangaroo Mother Care: 25 years after. *Acta Paediatrica*, 94(5), 514-522. **DOI:** 10.1080/08035250510027381;
- Ciliska, D., Cullum, N., & Marks, S. (2001). Evaluation of systematic reviews of treatment or prevention interventions. *Evidence-Based Nursing*, 4(4), 100-104, **DOI:** 10.1136/ebn.4.4.100;

- Colman, L. L., & Colman, A. D. (1994). *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri;
- Correia, C. (2013). Acolhimento do casal grávidico. *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido a: 14/09/2015. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/Acolhimento%20do%20Casal%20Grávido%20EnfªClaudia%20Correia.pdf>;
- Cowan, P. (1991). Individual and family life transitions: A proposal for a new definition. In P. Cowan, P. & Hetherington, E.M. *Family transitions: Advances in family research*. Hillsdale New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates;
- Cowan, C. P. & Cowan, P. A. (2000). *When partners become parents: The big life change for couples*. Mahwah. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates;
- Crenshaw, J. (2007). Care Practice #6: No Separation of Mother and Baby, With Unlimited Opportunities for Breastfeeding. *The Journal of Perinatal Education*, 16(3), 39-49. **DOI:** 10.1624/105812407X217147;
- Cruz, D., Suman, N. & Spínola, T (2007 Dec). Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebé. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(4), 690-697. Acedido em: 22/06/2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S00806234200700-000400021>;
- Dabrowski, G. (2007). Skin-to-skin Contact. Giving Birth Back to Mothers and Babels. *The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses*, 11(1). 64-71. **Doi:** 10.1111/j.1751-486X.2007.00119.x;
- Dias, M. (2005). *Construção e validação de um inventário de competências*. Loures: Lusociência.
- Donelli, T. (2003). *O parto no processo de transição para a maternidade*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia. Acedido em: 06/05/2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/4122>;
- Gómez, A. (2013 Jun). El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto. *Índex de Enfermaria*. 22(1-2). Acedido em: 22/06/2015 de Scielo: Scientific Electronic Library Online. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100017>;

- Graça, L. (2010). *Contributos da intervenção de enfermagem na promoção da transição para a maternidade e do aleitamento materno*. (Tese de doutoramento), Universidade de Lisboa. Acedido em: 04/04/2015. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/3710>;
- Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(3), 521-539. Acedido em: 18/04/2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/3696>;
- Finigan V. & Long T. (2014). Skin-to-skin contact: multicultural perspectives on birth fluids and birth 'dirt'. *International Nursing Review* 61, 270–277. Acedido em: 07/07/2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24712443>;
- Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação – da concepção à realização*. Loures: Lusociência;
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta;
- Franco, S., Calafatinho, D., Abade, L., Ornelas, M. & Oliveira, S. (2013). *O Contato Precoces Pele a Pele na Sala de Partos...*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Franco, S., Calafatinho, D., Abade, L., Ornelas, M. & Oliveira, S. (2014). Contato Precoces. *Jornal da Madeira*. Acedido em: 14/05/2015. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/16%20Abril%20Pág.06.pdf>;
- Galvão, C., Sawada, N. & Trevizan, M. (2004). Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(3), 549-556. DOI: 10.1590/S0104-11692004000300014;
- Gómez, (2013). El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto. *Index de Enfermería*, 22 (1-2). Acedido em: 14/06/2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100017>;
- Gordon, I., Zagoory-Sharon, O., Schneiderman, I., Leckman, J., Weller, A., & Feldman, R. (2008 May). Oxytocin and cortisol in romantically unattached young adults: Associations with bonding and psychological



- distress. *Psychophysiology*, 45, 349–352. **DOI:** 10.1111/j.1469-8986.2008.00649.x;
- Haxton, D., Doering, J., Gingras, L. & Kelly, L. (2012). Implementing skin-to-skin contact at birth using the Iowa model : Applying evidenced to practice. *Nursing for Women's Health*, 16(3), 220-229. **DOI:** 10.1111/j.1751-486X.2012.01733.x;
- Henderson, L., McMillan, B., Green, J. Renfrew, M.J. (2011). Men and infant feeding: perceptions of embarrassment, sexuality, and social conduct in white low-income British men. *Birth*, 38(1), 61–70. **DOI:** 10.1111/j.1523-536X.2010.00442.x;
- Hesbeen, W. (2000) *Cuidar no Hospital – Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência;
- International Council of Nurses (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE® versão 2.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Johnson, J. (1994 Sep). A dialectical examination of nursing. *Advanced Nursing Science*, 17(1), 1-14. **DOI:** 10.1097/00012272-199409000-00003;
- Kenyon-Berry, K. & Seymour, C. (2015 Jun). Implementing Routing Skin-to-Skin Contact in the Operating Room. *JOGNN*, 44(1), 26. **DOI:** 10.1111/1552-6909.12699;
- Kitzinger, S. (1987). *A experiencia de dar à luz*. São Paulo: Martins Fontes;
- Klaus M. & Kennel, J. (1993). *Pais/bebé – a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas;
- Klaus M. & Kennel, J (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas;
- Lamaze International, (2003). Para o parto normal. *Instituto Lamaze*. Acedido em: 25/03/2015. Disponível em: <http://www.lamaze.org>;
- Lana APB. (2001). *O livro de estímulo à amamentação*. São Paulo: Atheneu;
- Latimer, J. (2003). *Investigação qualitativa avançada para a enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget;
- Lebovici, S. (1987). *O Bebê, a Mãe e o Psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas;
- Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro (2009). Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º

- 104/98, de 21 de Abril. Diário da República I Série, N.º 180 (16-08-2009) 6528-6550;
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. (7ª ed). Loures: Lusodidacta;
- Lowen, A. (1990). *Amor, Sexo e seu Coração*. (3ª ed.). São Paulo: Summus;
- Maldonado, M. (1997). *Psicologia da Gravidez: parto e puerpério*. (14ªed.). São Paulo: Saraiva;
- Matos, T., Souza, M., Santos, E., Velho, M., Seibert, E. & Martins N. (2010). Contato pele-a-pele precoce mãe-filho: significado para as mães e contribuições da enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 998-1004. **DOI:** 10.1590/S0034-71672004000600010;
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory*. New York: Springer Publishing Company;
- Mercer J.S., Erickson-Owens D.A., Graves B. & Haley M.M. (2007) Evidence-based practices for the fetal to newborn transition. *Journal of Midwifery & Womens Health*, 52(3), 262–272. **DOI:** 10.1016/j.jmwh.2007.01.005;
- Mercer, R., Hackley, K. & Bostrom A. (1983). Relationship of psychosocial and perinatal variables to perception of childbirth. *Nursing Research*, 32(4), 202-207. Acedido em: 10/05/2015; Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6553242>;
- Mercer, R. (1986). Predictors of maternal role attainment at one year postbirth. *Western Journal of Nursing Research*, 8(1), 9-32;
- Mercer, R., Ferketich, S. & DeJoseph, J. (1993). Predictors of partner relationships during pregnancy and infancy. *Research in Nursing & Health*, 16(1), 45-56;
- Mercer, R. & Walker, L. (2006). A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecological & Neonatal Nursing*, 35 (5), 568-582. **DOI:** 10.1111/J.1552-6909.2006.00080.x.;
- Meighan, M. (2004). Consecução do papel maternal. In Tomey A.M. & Alligood M. R. *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. (5ª ed.), 521-541. Loures: Lusociência;
- Mikiel-Kostyra, K., Mazur, J. & Boltruszko, I. (2002). Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. *Acta Paediatrica*, 91(12), 1301-1306. **DOI:** 10.1080/08035250216102;

- Moloney, R. & Maggs, C. (1999). A systematic review of the relationships between written manual nursing care planning, record keeping and patient outcomes. *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), 51-57. DOI: 10.1046/j.13652648.1999.0-1048.x;
- Moore, E., Anderson, C., Hepworth, J., Bergman, N. (2012 May). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). *The Cocharane Library*, Issue 5. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub3;
- Moscovici, F. (2003). Equipes dão certo: a multiplicação do talento humano. (5ª ed.). Rio de Janeiro: José Olympo;
- Newman, J. (2008 DeC). The Importance of Skin to Skin Contact. *International Breastfeeding Center*. Acedido em: 10/05/2015; Disponível em: <http://www.drjacknewman.com/help/Skin-to-Skin.asp>;
- Nunes, L. (2013). Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Instituto Politécnico de Setúbal. Acedido em: 30/05/2014. Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>;
- Odent, M. (2000) *A Cientificação do Amor*. São Paulo: Terceira Margem;
- Oliveira, M. & Cunha, I. (2007 Nov). Infância e desenvolvimento. *Revista Cadernos de Estudo*, (6), 23-28. Porto: ESE de Paula Frassinetti. Acedido em: 04/03/2015; Disponível em: <http://repositorio.esepf.pt/-handle/10000/115>;
- Ordem dos Enfermeiros, (2011a). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros, (2011b). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem de saúde, materna, obstétrica e ginecológica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Tadinense :Artes Gráficas;
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Amamentação/ 1ª hora após o Parto. Projeto da MCEESMO-OE. Maternidade com Qualidade. *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido em. 10/05/2015. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/>;

- Ordem dos Enfermeiros (2015). Livro de Bolso. Enfermeiros Especialistas em Saude Materna e Obstetrica/ Parteiras. *Ordem dos Enfermeiros*, 1-60. Acedido a 10-09-2015. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso\\_EESMO.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf);
- Overfield M., Ryan C., Spangler A. & Tully R. (2005). Clinical Guidelines for the Establishment of Exclusive Breastfeeding. *ILCA Publications*, Acedido em: 10/07/2015. Disponível em: <http://www.breastcrawl.org/pdf/ilca-clinical-guidelines-2005.pdf>;
- Pereira, E. (2001 Ago). Diários de aprendizagem. Promoção da reflexão na prática clínica. *Revista Investigação em Enfermagem*, 4, 12-19;
- Peterson, G. (1996 Dez). Childbirth: the ordinary miracle: Effects of devaluation of childbirth on women's self-esteem and family relationships. *Pre and Perinatal Psychology Journal*, 11(2), 101-109;
- Puig G. & Sguassero Y. (2007). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants: RHL. *The WHO Reproductive Health Library*. Acedido em: 15-07-2014. Disponível em: <http://apps.who.int/rhl/archives/gpguide/en/index.html>;
- Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica*. (3ª ed.). Porto: Edições Afrontamento;
- Rodrigues, D., Silva, R. & Fernandes, A. (2006). Ação interativa enfermeiro-cliente na assistência obstétrica. *Revista de Enfermagem da UFRJ*. 14(2), 232-238. DOI: 10.1590/S1413-81232004000100002;
- Rosa, R., Martins, F., Gasperi, B., Monticelli, M., Siebert, E. & Martins, N. (2010). Mãe e Filho: os primeiros laços de aproximação. *Revista de Enfermagem*, 14(1), 105-122. Acedido em: 10/04/2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a16>;
- Sá, E. (2004). *A maternidade e o bebé*. Lisboa: Edições Fim de Século;
- Santos, A. (2011). A Importância do contato precoce pele-a-pele entre mãe e bebé. *Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio E.P.E*. Acedido em: 30/05/2012. Disponível em: <http://www.chb.algarvio.min-saude.pt/NR/>;
- Sampaio, J., Santos, M. & Silva M. (2008). A Representação Social da maternidade de crianças em idade escolar. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 28(1). Acedido em: 14/04/2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932008000100013>;

- Schmitz e Argimon (2009). Vinculação da gestante e apego materno fetal. *Paidéia*, 19(43), 211-220. Acedido em: 14/04/2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v19n43/08.pdf>;
- Serrano, M., Costa, A., & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: Como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, 3(3), 15-23. DOI:10.12707/RIII1019;
- Sousa, D (2013). Competências e Saberes em Enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido em: 10/09/2015. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/dCompetências%20e%20saberes%20em%20enfermagem%20Dulce%20Sousa,%20Enfermeira%20Especialista.pdf>;
- Stern, D. (1980). *Bebé-Mãe : Primeira Relação Humana*. Lisboa: Moraes;
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebé*. Porto Alegre: Artes Médicas;
- Stevens, J., Schmied, V., Burns, E. & Dahlen, H. (2014 Oct). Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature. *Maternal and Child Nutrition*, 10(4), 456-473. DOI: 10.1111/mcn.12128;
- Streubert, H. & Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. (2.<sup>a</sup> ed.). Loures: Lusociência;
- Szejer, M., Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher: Uma abordagem psicanalista da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo;
- The Joanna Briggs Institute (2014). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition. *The Joanna Briggs Institute*. Acedido em: 08/10/2015. Disponível em: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual2014.pdf>;
- Tomereli, K., Pieri, F., Violin, R., Serafim, D. & Marcon, S. (2007 Dez). Eu vi meu filho nascer: vivência dos pais na sala de partos. *Revista Gaúcha Enfermagem*. 28(4), 497-504;
- UNICEF (2011). How to Implement Baby Friendly Standards – A Guide for Maternity Settings. Acedido em: 12/06/2015. Disponível em: [http://www.unicef.org.uk/Documents/Baby\\_Friendly/Guidance/Implementation%20Guidance/Implementation\\_guidance\\_maternity\\_web.pdf](http://www.unicef.org.uk/Documents/Baby_Friendly/Guidance/Implementation%20Guidance/Implementation_guidance_maternity_web.pdf);

- UNICEF (2013). The evidence and rationale for the UNICEF UK Baby Friendly Initiative standards. *UNICEF*. Acedido a: 18/04/2014. Disponível em: [http://www.unicef.org.uk/Documents/Baby\\_Friendly/Research/baby\\_friendly\\_evidence\\_rationale.pdf](http://www.unicef.org.uk/Documents/Baby_Friendly/Research/baby_friendly_evidence_rationale.pdf);
- Uvnäs-Moberg, K. (1998 Nov). Oxytocin may mediate the benefits of positive social interactions and emotions. *Psychoneuroendocrinology*, 23(8), 819–838. **DOI:** 10.1016/S0306-4530(98)00056-0;
- Widstrom, A. M., Wahlberg, V., Matthiesen, A. S., Eneroth, P., Uvnäs-Moberg, K., & Werner, S. (1990 Mar). Short- term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behavior. *Early Human Development*, 21(3), 153-163. **DOI:** 10.1016/0378-3782(90)90114-X;
- Wilhelm, J. (2003). *A caminho do Nascimento. Uma ponte entre o Biológico e o Psíquico*. ( 2ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo;
- Winnicott, D. (2005). *Playing and Reality*. New York: Routledge;
- World Health Organization, (1998). WHO, Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. *WHO*. Acedido em: 06/03/2015. Disponível em: <http://www.who.int>;
- World Health Organization & UNICEF (2009). Baby-Friendly Hospital Initiative. Revised Updated and Expanded for Integrated Care. Section 3: Breastfeeding Promotion and Support in a Baby-Friendly Hospital: A 20-Hour Course for Maternity Staff. Acedido em: 22/06/2014. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241594981\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241594981_eng.pdf);
- Zwedberg, S., Blomquist, J. & Sigerstad E. (2014 Jan). Midwives' experiences with mother–infant skin-to-skin contact after a caesarean section: 'Fighting an uphill battle'. *Midwifery*, 31(1), 215-220. **DOI:** 10.1016/j.midw.2014.08.014.

**ANEXOS**

## **ANEXO I**

**Comportamentos dos Pais que Afetam o Processo de  
Vinculação com o Bebê**



## Comportamentos dos Pais que Afetam o Processo de Vinculação com o Bebê

COMPORTAMENTOS FACILITADORES	COMPOSTAMENTOS INIBIDORES
<p><b>Olha; encara; examina as características físicas do bebê; assume uma posição face-a-face; contato visual</b></p> <p><b>Rodeia em volta; mantém a proximidade; dirige a atenção e aponta para o bebê</b></p> <p><b>Identifica o bebê como uma pessoa única</b></p> <p><b>Reconhece o bebê como um elemento da família; dá-lhe um nome</b></p> <p><b>Toca; progredindo deste a ponta dos dedos para os dedos e palmas das mãos, tornando o contato mais envolvente</b></p> <p><b>Sorri para o bebê</b></p> <p><b>Conversa, sussurra ou canta para o bebê</b></p> <p><b>Demonstra orgulho no bebê</b></p> <p><b>Relaciona o comportamento do bebê com os acontecimentos familiares</b></p> <p><b>Atribui significado às ações do bebê e interpreta com sensibilidade as suas necessidades</b></p> <p><b>Encara os comportamentos e a aparência do bebê de forma positiva</b></p>	<p>Afasta-se do bebê; Ignora a sua presença</p> <p>Evita o bebê; não procura a proximidade; recusa-se a pegar-lhe ao colo quando tem oportunidade</p> <p>Identifica o bebê como alguém de quem não gosta;</p> <p>Não consegue distinguir características exclusivas do bebê</p> <p>Em incapaz de colocar o bebê no contexto familiar ou em identificar o bebê com os membros da família; tem dificuldade em dar-lhe um nome</p> <p>Não consegue passar do toque nas pontas dos dedos para o contato palmar e pegar ao colo</p> <p>Mantém-se reservado para o bebê, ou com olhar sisudo</p> <p>Acorda o bebê quando este está a dormir; segura-o bruscamente; apressa a alimentação, movendo o mamilo continuamente</p> <p>Expressa desapontamento, desagrado com o bebê</p> <p>Não integra o bebê na sua vida</p> <p>Não se esforça para interpretar as reações ou necessidades do bebê</p> <p>Encara o comportamento do bebê como explorador, deliberadamente não colaborante; considera o seu aspeto desagradável, feio.</p>

Fonte: Mercer, R. (1983). Parent-infant attachment. *In* Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª edição, 523. Loures: Lusodidacta;

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I**

### **Estratégia de Seleção dos Artigos**

### Estratégia de Seleção dos Artigos:

Descritores		Base de Dados EBSCOhost				Resultados
		CINAHL	Medline	Cochrane	Mediclatina	
<b>S1</b>	Bonding <b>OR</b> Attachment <b>OR</b> Mother-infant relations	15,188	190,796	4,019	129	210,173
<b>S2</b>	Skin-to-skin contact <b>OR</b> Kangaroo care	904	628	156	8	1,700
<b>S3</b>	Birth <b>OR</b> Childbirth <b>OR</b> Delivery	630,647	141,161	20,742	3,815	797,269
<b>S4</b>	Nurs* <b>OR</b> Midwi*	723,011	679,826	17,927	1,624	1,423,171
<b>S5</b>	S1 <b>AND</b> S2 <b>AND</b> S3 <b>AND</b> S4	44	43	4	0	91
<b>S6</b>	Horizinte Temporal : 2007- 2015	29	26	3	0	58
	Exclusão de Artigos Duplicados	22	23	0	0	45
	Exclusão de artigos sem <i>full-text</i> ou fora do âmbito da tematica	3	8	0	0	11

**APÊNDICE II**  
**Análise dos Artigos provenientes da Revisão da Literatura**

Artigo nº 1 <i>“Skin-to-skin contact: multicultural perspectives on birth fluids and birth ‘dirt’.”</i>	
<b>Autor(es)/ Ano/ Revista/ n.º</b>	Finigan, V.; Long, T. 2014/ International Nursing Review/ n.º 61
<b>Tipo de Estudo</b>	Estudo Fenomenológico
<b>Intervenções de Enfermagem/EEESMO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oferecimento de uma opção informada e individualizada à grávida sobre o CPPP, informando-a de como o realizar e dos benefícios associados de modo a, sensibiliza-la para a importância desta prática;</li> <li>- Centralização dos cuidados na pessoa;</li> <li>- Promoção de gravações, filmagens e do registo fotográfico do momento para habilitar a mulher a fazer uma retrospeção do momento;</li> </ul>
<b>Conclusões do(s) Autor(es) pertinentes para a RSL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observa-se uma resistência dos EEESMO na realização do CPP por alegar, subcarga de trabalho e por possuir ideias preconcebidas infundadas;</li> <li>- As ideias estereotipadas sobre a cultura por vezes, condicionam as respostas dos profissionais. Quando os estereótipos deixaram de direccionar a prática de enfermagem, as mulheres, independentemente da cultura, são capazes de desfrutar do CPPP com os seus filhos. O contato com os fluidos do parto tornam-se secundário, o prazer proporcionado pelo CPPP supera qualquer estigma cultural;</li> <li>- Os resultados sugerem que serão necessárias mudanças na prática profissional. Uma atitude mais ampla e explícita relativamente às preferências e opções expressas pelas utentes, assegurará que as escolhas das mesmas sejam feitas de uma forma informada e esclarecida;</li> <li>- No direccionamento das diretrizes e estratégias nacionais deve ser assegurado a adoção generalizada de práticas positivas de forma a aumentar as taxas de aleitamento materno, promover a ligação entre pais e filhos e assegurar que a escolha da paciente possa ser concretizada.</li> </ul>

Artigo nº 2 <i>“Effect of immediate and continuous mother–infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomised control trial.”</i>	
<b>Autor (es)/ Ano/ Revista/ n.º</b>	Aghdas, k.; Talat, k.; Sepideh, B. 2014/ Women and Birth / n.º27
<b>Tipo de Estudo</b>	Estudo clínico randomizado controlado
<b>Intervenções de Enfermagem/EEESMO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoção do CPP durante as duas primeiras horas após o parto;</li> <li>- Incentivo à amamentação precoce;</li> <li>- Adiamento dos cuidados hospitalares de rotina, realizados ao RN (peso e injeção de vitamina k) para o final das 2 horas.,</li> </ul>
<b>Conclusões do(s) Autor(es) pertinentes para a RSL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os resultados deste estudo demostram que o CPPP entre a díade mãe-filho permitem uma maior eficácia da amamentação;</li> <li>- Durante o CPP, as mães fornecem contacto táctil e estímulo verbal aos seus filhos recém-nascidos melhorando a prática do aleitamento materno e por sua vez promovem o vínculo afetivo;</li> <li>- Este método também está associada a maiores níveis de satisfação materna e aumenta a confiança e as capacidade em amamentar e cuidar do RN.</li> </ul>

Artigo nº 3 <i>“Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review).”</i>	
<b>Autor(es)/ Ano/ Revista</b>	Moore, R.; Anderson, G.; Bergman, N.; Dowswell, T. 2012/ The Cochrane Collaboration
<b>Tipo de Estudo</b>	Estudo clínico randomizado controlado
<b>Intervenções de Enfermagem/EEESMO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoção da realização do CPPP desde o primeiro minuto após o nascimento e de acordo com as diretrizes de execução do CPPP ;</li> <li>- Protelamento dos primeiros cuidados ao RN até que este termine a primeira mamada ou concretize pelo menos uma hora de CPP.</li> </ul>
<b>Conclusões do(s) Autor(es) pertinentes para a RSL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quanto mais tempo for promovido o CPPP entre a mãe e o RN menores serão os níveis de cortisol séricos e maiores os níveis de oxitocina. A quantidade de oxitocina influencia os comportamentos parentais. Mães e recém-nascidos que realizam CPPP apresentam uma melhor ligação afetiva;</li> <li>- A amamentação precoce e eficaz, promovida pelo CPPP, aumenta a quantidade de comportamentos de apego materno.</li> <li>- Nos recém-nascidos separados das mães aquando do nascimento e mais tarde reunidos em alojamento conjunto constatou-se uma menor sensibilidade de resposta materna aos sinais do filho nas primeiras 24 horas.</li> </ul>

Artigo nº 4 <i>“Implementing Skin-To-Skin Contact at Birth Using the Iowa Model.”</i>	
<b>Autor(es)/ Ano/ Revista/ n.º</b>	Haxton, D.; Doering, J.; Gingras, L.; Kelly, L. 2012/ Nursing for Women’s Health/ 16(3)
<b>Tipo de Estudo</b>	Estudo Quantitativo
<b>Intervenções de Enfermagem/EEESMO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formação de toda a equipa de acordo com as diretrizes mundiais, sobre a importância e benefícios do CPPP e do modo como deve ser realizado;</li> <li>- Discussão da realização do CPPP com a mulher ainda grávida;</li> <li>- Desenvolvimento, implementação e avaliação da execução do CPP no que consta as taxas de iniciação precoce da amamentação, as taxas de aleitamento materno exclusivo aquando da alta hospitalar e dos níveis de satisfação materna;</li> <li>- Protelamento dos cuidados de rotina ao RN para o final da primeira mamada e após ter sido cumprido pelo menos uma hora de CPP. Apenas interromper o CPPP antes da primeira hora se a mãe assim o manifestamente desejar;</li> <li>- Avaliação do índice de Apgar com o RN em CPP;</li> <li>- Criação de um folheto com os benefícios do CPP e com ilustrações do método para ser entregue à grávida na admissão hospitalar.</li> </ul>
<b>Conclusões do(s) Autor(es) pertinentes para a RSL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A prática baseada na evidências fornece aos enfermeiros a possibilidade de implementar práticas que melhorem a saúde e a experiência do nascimento na mãe e respetivo RN. O CPPP é um método recomendado que promove a saúde materno-infantil e cuidados de enfermagem de qualidade;</li> <li>- A implementação do CPPP é uma das formas do enfermeiro melhorar a saúde neonatal e materna, e dar um passo para alcançar os indicadores de qualidade, possibilitando às famílias uma chegada do novo elemento mais positiva e saudável.</li> </ul>

Artigo nº 5 <i>"Care Practice #6: No Separation of Mother and Baby, With Unlimited Opportunities for Breastfeeding."</i>	
<b>Autor(es)/ Ano/ Revista/n.º</b>	Crenshaw, J. 2007/ Journal of Perinatal Education/ n.º16(3)
<b>Tipo de Estudo</b>	Estudo de opinião
<b>Intervenções de Enfermagem/EEESMO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoção do CPPP entre a díade mãe-filho;</li> <li>- Promoção de alojamento conjunto;</li> <li>- Promoção dos cuidados ao RN com este em CPPP.</li> </ul>
<b>Conclusões do(s) Autor(es) pertinentes para a RSL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As parturientes que mantêm os seus bebés em CPP após o parto, demonstram mais confiança, reconhecem e respondem às necessidades dos seus bebés mais cedo do que as mães que são separadas dos seus filhos;</li> <li>- A natureza prepara a mãe e o filho para procurarem um pelo outro no momento do nascimento. A oxitocina estimula os sentimentos maternos após o nascimento, aquando do toque, contemplação e amamentação do RN;</li> <li>- Quanto mais tempo a mãe e filho estiverem em CPP mais oxitocina é libertada. O cérebro materno também liberta endorfinas, hormonas com ação narcótica que influenciam positivamente os sentimentos maternos e ajudam a mãe a sentir-se calma e receptiva, bem como, faz com que a temperatura do peito materno aumente. O RN devido à adrenalina que possui após o nascimento vai estar em alerta e pronto para mamar.</li> </ul>

Artigo nº 6 <i>"Effect of Early Skin-to-Skin Mother-Infant Contact During the First 3 Hours Following Birth on Exclusive Breastfeeding During the Maternity Hospital Stay."</i>	
<b>Autor(es)/ Ano/ Revista/n.º</b>	Bramson, L.; Lee, J.; Moore E.; Montgomery S.; Neish C; Bahjri K.; Melcher C. 2010/ Journal of Human Lactation/ 26(2)
<b>Tipo de Estudo</b>	Estudo de Coorte Prospetivo
<b>Intervenções de Enfermagem/EEESMO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoção, melhoramento e suporte do CPPP nas primeiras três horas após o nascimento;</li> <li>- Formação em cada hospital, de pelo menos, duas de três medidas: alojamento conjunto vinte e quatro horas por dia; aleitamento materno; e CPPP;</li> <li>- Instrução das grávidas que pretendiam amamentar sobre as vantagens do CPPP, nomeadamente para o sucesso da amamentação e de como seria aplicado o método;</li> <li>- Inclusão do método CPP no plano de parto de acordo com a vontade manifesta da progenitora.</li> </ul>
<b>Conclusões do(s) Autor(es) pertinentes para a RSL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O Hospital da Universidade de Loma Linda (Medical Center/ Children 's Hospital ) identificou uma série de práticas hospitalares que não favoreciam o vínculo materno-infantil e/ou amamentação. Estas práticas incluem exame físico em RN, a aspiração, a injeção de vitamina K, a aplicação da pomada oftálmica, o vestir o bebé e a separação entre mãe e filho aquando do nascimento e no recobro;</li> <li>- Quanto mais tempo os recém-nascidos permaneciam em CPPP com as mães maior era a taxa de sucesso na amamentação exclusiva até à alta hospitalar.</li> </ul>



Artigo nº 7 <i>"Early Contact versus Separation: Effects on Mother–Infant Interaction One Year Later."</i>	
<b>Autor(es)/ Ano/ Revista/n.º</b>	Bystrova, K.; Ivanova, V.; Edhborg, M.; Matthiesen, AS.; Ransjö-Arvidson, AB.; Mukhamedrakhimov, R.; Uvnäs-Moberg, K.; Widström, AM. 2009/ Birth/ n.º36(2)
<b>Tipo de Estudo</b>	Estudo clínico randomizado controlado
<b>Intervenções de Enfermagem/EEESMO</b>	<p>Neste estudo as rotinas hospitalares foram realizadas aquando do nascimento do RN independentemente do grupo a que pertenciam, tendo só sido promovido o CPP após cerca de 25 minutos;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No 1º grupo: promoção do CPPP entre as díades mãe-filho, bem como, o alojamento conjunto;</li> <li>- No 2º grupo: os recém-nascidos foram vestidos e colocados no colo das mães e depois promovido o alojamento conjunto;</li> <li>- No 3º grupo o RN após o nascimento era vestido e colocados em contenção e levados para o berçário onde permaneceram até à alta hospitalar;</li> <li>- No 4º grupo: os RN após o nascimento foram vestidos e colocados em contenção e levados para o berçário, contudo aquando da transferência da puérpera e do RN para o quarto foi promovido o alojamento conjunto.</li> </ul>
<b>Conclusões do(s) Autor(es) pertinentes para a RSL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concluiu-se que, a separação nas duas primeiras horas após o nascimento, está relacionada com a diminuição da sensibilidade materna para prestar cuidados à criança, ao passo que, o CPP, permite a amamentação precoce, a interação mãe-filho e torna a criança mais hábil em lidar com o stress mesmo após ter completado um ano de idade influenciando assim, positivamente a relação mãe-filho;</li> <li>- Os recém-nascidos não devem ser separados das progenitoras, exceto por razões médicas significativas. O CPPP deve ser iniciado o mais precocemente possível após o nascimento;</li> <li>- Os pais devem ser informados sobre a importância da promoção CPP nas duas primeiras horas após o parto devido a ser um momento de grande sensibilidade para os recém-nascidos. Estes resultados suportam a presença de um período após o nascimento, o <i>"período sensível"</i>, durante a qual, o estreito contato entre mãe e bebé pode induzir um efeito positivo a longo prazo na interação mãe-filho;</li> <li>- A contenção deve ser desencorajada porque restringe os movimentos do corpo do bebé e portanto, impede a linguagem corporal e a capacidade da mãe para interpretar os seus sinais.</li> </ul>

Artigo nº 8 “Skin-to-skin contact – Giving Birth back to Mothers and Babies.”	
<b>Autor(es)/ Ano/ Revista/n.º</b>	Dabrowski, G. 2007/ The Association of Women’s Health, Obstetric and Neonatal Nurses/ n.º11(1)
<b>Tipo de Estudo</b>	Estudo de opinião
<b>Intervenções de Enfermagem/EEESMO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formação de toda a equipa sobre como executar o CPPP e sobre os benefícios promovidos pelo método;</li> <li>- Prestação de auxílio às mães para que estas iniciem a amamentação enquanto o RN está em CPPP;</li> <li>- Identificação das barreiras que possam existir á realização do CPPP, nomeadamente rotinas hospitalares e os cuidados imediatos ao RN. Alguns dos cuidados imediatos podem ser realizados com o RN sobre a progenitora (a administração de vitamina K deve ser adiada até depois da primeira mamada ou administrada enquanto este está a mamar, permitindo um efeito analgésico na pele);</li> <li>- Tomada de consciência sobre a importância do CPPP, independentemente do tipo de parto e colaborar com outros membros da equipa multidisciplinar a trabalhar em direção a este objetivo;</li> <li>- Reavaliação das normas hospitalares para permitir a disponibilidade de um enfermeiro adicional durante o período de recuperação pós-anestésica imediata. Através da colaboração com obstetras, anesthesiologists e pediatras, os enfermeiros podem garantir assistência contínua e ininterrupta ao RN, promovendo o CPP desde o nascimento e durante o período no recobro;</li> <li>- Formação dos pais durante o período pré-natal sobre os benefícios do CPPP;</li> <li>- Utilização de recursos adicionais, incluindo formatos de vídeo e apresentações de pósteres que podem ser usados para reforçar o conceito de CPP.</li> </ul>
<b>Conclusões do(s) Autor(es) pertinentes para a RSL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O CPP promove a interação entre a mãe e o RN. Durante o CPP, as mães demonstram comportamentos consistentes com afeto materno. As progenitoras também proporcionam conforto tátil e interação verbal com os seus recém-nascidos;</li> <li>- Muitos enfermeiros observaram que a experiencia do CPPP aumenta da satisfação materna;</li> <li>- O CPP, imediatamente após o nascimento, não só capacita mães como as mentaliza das suas responsabilidades para com o RN, na jornada que é a maternidade, garantindo que o nascimento pertence à mãe/pai e RN.</li> </ul>

Artigo nº 9 <i>“Parental experiences of providing skin-to-skin care to their newborn infant – Part 1: A qualitative systematic review.”</i>	
<b>Autor(es)/ Ano/ Revista/n.º</b>	Anderzén-Carlsson, A.; Lamy, Z.; Eriksson, M. 2014/ International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being/ n.º 9 (24906)
<b>Tipo de Estudo</b>	Revisão Sistemática da Literatura
<b>Intervenções de Enfermagem/EEESMO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expressão de uma atitude positiva e encorajamento por parte dos profissionais relativamente à execução do CPP pelos pais;</li> <li>- Assistência na promoção do CPP;</li> <li>- Provisão de um ambiente confortável;</li> </ul>
<b>Conclusões do(s) Autor(es) pertinentes para a RSL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As mães descreveram um amor instantâneo e avassalador por ocasião do seu primeiro CPP com o bebé;</li> <li>- Os pais relataram que se sentiram “arreatados” com a primeira vez o RN olhou para eles e que, o CPP foi uma experiência maravilhosa;</li> <li>- As mães e pais expressaram um sentimento muito especial e único de alegria e felicidade.</li> </ul>

Artigo nº 10 <i>“Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature.”</i>	
<b>Autor(es)/ Ano/ Revista</b>	Stevens, J.; Schmied, V.; Burns, E.; Dahlen, H. 2014/ Maternal and Child Nutrition
<b>Tipo de Estudo</b>	Revisão Sistemática da Literatura (2003-2013)
<b>Intervenções de Enfermagem/EEESMO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoção do CPP o mais precocemente possível em puérperas cesariadas;</li> <li>- Estabelecimento de uma norma sobre o CPP onde toda a equipa multidisciplinar envolvida na cesariana, possa ser conhecedora e colabore no seu cumprimento;</li> <li>- Formação de toda a equipa sobre o CPP;</li> <li>- Instrução da parturiente e família sobre o CPP e sobre a sua importância no período que precede a cesariana;</li> <li>- Confirmação com a parturiente se deseja realizar CPP e onde (bloco operatório, recobro e/ou na enfermaria);</li> <li>- Observação por dois EEESMO/enfermeiras do CPP. Um elemento presta cuidados e avalia o bem-estar da puérpera e o outro ao RN;</li> <li>- Colocação do RN em posição transversa ao peito da mãe e coberto por uma flanela;</li> <li>- Avaliação do Índice de Apgar com o RN em CPP;</li> <li>- Instrução do pai de como poderá contribuir para apoiar esta prática;</li> <li>- Realização, se necessário e possível, de alguns cuidados ao RN com este em CPP ou então protelar os mesmos para o término do CPP.</li> </ul>
<b>Conclusões do(s) Autor(es) pertinentes para a RSL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O CPP pode ser praticado no bloco operatório de uma forma segura, com a colaboração da equipa multidisciplinar, da parturiente e do companheiro;</li> <li>- Há alguma evidência, ainda que mínima, demonstrando os benefícios da promoção do CPP após o nascimento: um aumento no bem-estar emocional materno e neonatal; do aumento da comunicação do pai-filho; da redução materna da dor/ansiedade; uma maior estabilidade fisiológica da mãe e do RN; e a realização de aleitamento materno com melhores resultados imediatos;</li> <li>- Se os serviços de maternidade não são capazes de fornecer CPP imediatamente após uma cesariana, muitas mulheres e recém-nascidos podem perder os potenciais benefícios associados ao método.</li> </ul>

Artigo nº 11 <i>"Implementing Routing Skin-to-Skin Contact in the Operating Room."</i>	
<b>Autor/ Ano/ Revista/n.º</b>	Kenyon-Berry, K; Seymour, C. 2015/ JOGNN, 44(1)
<b>Tipo de Estudo</b>	Estudo de Opinião
<b>Intervenções de Enfermagem/EEESMO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valorização das preocupações das puérperas por não poderem realizar CPPP no parto cirúrgico;</li> <li>- Discussão entre a equipa de enfermagem de como realizar o CPP na sala operatória e discussão posterior com a equipa multidisciplinar;</li> <li>- Educação e informação das parturientes sobre os benefícios do CPPP e como se procede a realização do mesmo na sala operatória;</li> <li>- Secagem do recém-nascido e promoção imediata do CPP entre mãe e filho durante pelo menos 30 minutos caso não hajam intercorrências;</li> <li>- Realização do registo do CPP no processo do recém-nascido.</li> </ul>
<b>Conclusões do(s) Autor(es) pertinentes para a RSL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As mães que já haviam sido submetidas a uma cesariana anterior revelaram que a experiencia em que puderam realizar CPPP tinha sido de maior significado;</li> <li>- As parturientes e respectivos recém-nascidos podem realizar CPPP na sala operatória, o que é o primeiro passo para o bem-estar e estabilização precoce do recém-nascido;</li> <li>- Este CPPP promove o vínculo afetivo e a amamentação entre outros benefícios.</li> </ul>

**APÊNDICE III**  
**Guião Orientador- Narrativa Reflexiva**

## Guião Orientador - Narrativa Reflexiva

Nº

Data
__/__/__

Identificação da Utente	
Nome:	Idade:
Situação Conjugal:	Escolaridade/Profissão:

Sexualidade Reprodução	
Índice Obstétrico	Idade dos filhos:
Partos anteriores	Eutócico Ventosa/Forcêps Cesariana

Vigilância Pré-Natal	
Vigilância	Público Privado N.º Consultas
Antecedentes Pessoais/concomitantes	
Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade	Sim Não
Outros dados	

Dados do Trabalho de Parto e Parto	
Plano de Parto	Sim Não Conhecimento prévio do CPP Sim Não
Dia do Parto	__/__/__ Hora Nascimento :
Tipo de Parto	Eutócico Ventosa/Forcêps Cesariana
Hora de Início do CPP	: Hora de Fim do CPP : Tempo :
Interrupção do CPP	Sim Não Motivo
Observações Realizadas	

Dados Recolhidos no Puerpério	
Data	__/__/__ N.º de dias de Puerpério __
Anamnese do CPP	

Promoção do CPP	
Intervenções do EEESMO Realizadas	

Outros dados	Outras Intervenções do EEESMO

Conclusões